

STEFÂNIO NAPOLI OLIVEIRA

SP 025

**SITUAÇÃO DE SAÚDE EM UMA MICRO-ÁREA DO
DISTRITO DOCENTE-ASSISTENCIAL DE
FLORIANÓPOLIS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

2001

STEFÂNIO NAPOLI OLIVEIRA

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DE UMA MICRO-ÁREA DO
DISTRITO DOCENTE-ASSISTENCIAL DE
FLORIANÓPOLIS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Prof. Dr. Fúlvio Borges Nedel

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2001

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Fúlvio Borges Nedel, por sempre estar disponível para a confecção deste.

Agradeço também à Equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde II – Lagoa da Conceição, com especial afeto à Agente Comunitária de Saúde Ana Paula Gonçalves Mendes, por sua colaboração.

Não esquecendo da ajuda valiosa dos colegas Ailton Rodrigo Petermann, Fernando Silva Borba, Fábio Dal Fabbro, Cristine Lemos Duarte e Zaffer Maito.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	04
3. MÉTODOS.....	05
4. RESULTADOS.....	07
5. DISCUSSÃO.....	11
6. CONCLUSÃO.....	19
7. REFERÊNCIAS.....	20
NORMAS ADOTADAS.....	23
RESUMO.....	24
SUMMARY.....	25
ANEXO.....	26

1. INTRODUÇÃO

A epidemiologia descritiva tem mostrado ser de grande valia nos últimos anos, devido às doenças emergentes e reemergentes que, por mudanças de valores, superpovoamento, acesso a áreas antes intocadas, estão tomando corpo; ou devido à necessidade de se indicar soluções nas estratégias de saúde, tão necessárias à nossa população¹.

Juntamente a isto, a nova prática do pensar em saúde; toda a conjuntura organizacional, proposta e em execução, no país, a partir do advento do Sistema Único de Saúde (SUS) - que preconiza a descentralização das ações em saúde, seguindo o modelo da distritalização, com a formação de Distritos Sanitários (DS) - apontam a necessidade de um maior conhecimento da população, quanto ao seu caráter sócio-econômico-cultural^{2,3,4}.

E, observando estas necessidades, aliado à nova tendência do modelo de desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil^{2,3}, que nas últimas três décadas vem iniciando um processo de desconcentração das ações em saúde e dirigindo-se progressivamente para a descentralização, culminando com a implantação do SUS. Passando a ocorrer a descentralização de atribuições, gestão e poder de decisão para o município. Sistema este que tem por base a atenção primária à saúde. E, com concepção de criar um modelo de assistência à saúde direcionado para as necessidades de saúde e perfil epidemiológico local. Sob esta perspectiva, viu-se a distritalização como tática fundamental da estratégia de reorientação do sistema de saúde, via descentralização. Assim, houve a formação de DS, que podem abranger a área de vários municípios, de um único município, ou apenas parte de um município⁴ dependendo da extensão territorial do(s) mesmo(s). Estes sendo compostos por várias áreas de abrangência, definidas a

partir do fluxo e contrafluxo de trabalhadores de saúde e da população num determinado território, e micro-áreas estabelecidas pela assimetria dos problemas de saúde que acometem este território⁵, ou seja, definidas segundo a lógica da homogeneidade sócio-econômica-sanitária, identificando espaços onde concentram-se grupos populacionais mais ou menos homogêneos. Assim a micro-área torna-se espaço privilegiado para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Desta maneira, repensando o modo de atuar sobre a saúde, moldou-se o processo de distritalização no “enfoque por problemas”⁴. Encaixando-se assim, o que realmente é importante para aquela população e quais os recursos disponíveis para resolver esses problemas. Para tanto, é fundamental a correta identificação do que é “problema” e o que são “condições de vida, de trabalho e de saúde” de uma população; exigindo-se então, penetrar, desvendar o território na sua essência. Conhecer os determinantes do processo saúde-doença. Para assim, realizar o planejamento das ações em saúde.

A forma encontrada para obter tal conhecimento foi o Cadastramento Familiar, ficando a cargo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)⁶. Cadastramento este, que fica sob a coordenação do enfermeiro do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ou da Equipe de Saúde da Família (ESF) no Programa Saúde da Família (PSF); sendo que neste último, os ACS integram a Equipe de Saúde a qual é responsável por grande parte das ações, no que diz respeito à saúde, da sua área de abrangência.

Convencido da importância e necessidade vital, que é o conhecimento sobre a população e sobre o território que esta ocupa, observou-se a não divulgação dos dados do Cadastramento Familiar nas micro-áreas da área de abrangência do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição pela Secretaria do Estado de Saúde, dados estes importantes para que, em pensando em saúde, tracem-se metas passíveis de aplicação.

Assim, o Trabalho Científico apresentado a seguir, consistiu em um levantamento de dados colhidos a partir do Cadastro Familiar, sobre uma das micro-áreas do Centro de Saúde II da Lagoa da Conceição.

A pesquisa tem seu respaldo nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, no seu atual conceito, que são tão bem apresentados na Constituição Federal de 1988 (Lei Orgânica do SUS)^{6,7} que garante também a participação da comunidade nas ações de saúde e oferece estímulo à realização de estudos na área.

Pretende-se oferecer à comunidade, que serviu de espelho para este estudo, dados que venham em benefício da mesma a contribuir nas ações de saúde local, sejam elas realizadas pelo Centro de Saúde (CS), Conselho Comunitário ou de Moradores, ou mesmo para uso da Secretaria Municipal de Saúde.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Observar os dados colhidos a partir do Cadastramento Familiar em uma das micro-áreas assistidas pelo CS II da Lagoa da Conceição.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1) Descrever a situação de moradia, saneamento básico, procura a assistência saúde e perfil sócio-econômico da população em estudo;
- 2) Apresentar as principais morbidades referidas pela população enfocada e discutir sua prevalência, comparando com a descrita na literatura;
- 3) Descrever o perfil populacional quanto à escolaridade e ocupação;
- 4) Oferecer aos engajados no controle da situação de saúde local, dados que possam auxiliar no planejamento de ações para a melhoria do nível de saúde da população.

3. MÉTODOS

1)Tipo de estudo:

Foi realizado estudo observacional, descritivo, de corte transversal sobre a população de uma micro-área do Programa Saúde da Família de Florianópolis – Santa Catarina.

2)População alvo e População de estudo:

Para o presente estudo buscou-se dados referentes aos moradores da micro-área 004 da área 470 do CSII da Lagoa da Conceição no ano de 1999, sendo esta a população alvo. Como algumas famílias não entraram no estudo, por conta dos critérios de exclusão, a população de estudo compôs-se de parte menor em relação à população alvo.

3)Critérios de inclusão e exclusão:

Como critério de inclusão único, bastou pertencer ao conjunto de famílias residentes na micro-área em questão que faziam parte do cadastro realizado pelos ACS. Os critérios que excluíram famílias do estudo, foram: a)preenchimento incompleto da Ficha Cadastral Familiar(em anexo); b)Ficha Cadastral com dados ilegíveis.

4)Fonte e Coleta de dados:

Utilizou-se dos dados encontrados na Ficha Cadastral Familiar do município de Florianópolis - que não poderia ser diferente, mas que difere na quantidade de variáveis se comparada à mesma ficha utilizada a nível nacional, tanto dos dados coletivos como individuais(vide fichas em anexo). Estas fichas se encontravam no domínio do CSII Lagoa da Conceição, e foram obtidas com o consentimento da ESF responsável.

5)Tabulação dos dados:

A partir dos dados obtidos, usou-se como banco de dados o programa nacional do SIAB (Sistema de Informação Atenção Básica). E utilizou-se do mesmo programa para a análise dos dados. Sendo tabuladas, portanto, as variáveis contidas na ficha A nacional, e não as pertencentes à ficha A municipal (vide fichas em anexo); a qual traz uma gama maior de variáveis. Algumas das morbidades referidas no banco de dados, não faziam parte da realidade local, não sendo computado nenhum caso nestes campos do banco de dados. E como a ficha A municipal utilizada na coleta de dados, trazia uma diversidade muito maior de doenças referidas, substituíram-se estes campos numéricos, por outras morbidades mais prevalentes para a realidade local (como por exemplo doença de chagas por doenças cardiovasculares, e tuberculose por infecção por HIV). Utilizando-se alguns dados contidos na ficha A municipal, que de outra forma se perderiam na coleta.

4. RESULTADOS

Foram cadastradas 126 famílias, sendo que levando em conta os critérios de exclusão, resultou em 69 famílias, totalizando 214 indivíduos inseridos na pesquisa.

Observando a divisão por faixa etária, nota-se predomínio de indivíduos entre 20-39 anos, totalizando 36,9%, enquanto não foi encontrado nenhum recém-nascidos ou crianças abaixo de 1 ano de idade (vide tabela I e gráfico 1).

Tabela I. Distribuição por faixa etária dos moradores da micro-área 004 da área 470 do CSII – Lagoa da Conceição em 1999.

Faixa etária	No. de indivíduos		Total
	Masc.	Fem.	
< 1	-	-	-
1-4	9	6	15
5-6	2	2	4
7-9	8	5	13
10-14	10	10	20
15-19	14	11	25
20-39	37	42	79
40-49	14	16	30
50-59	3	5	8
>60	8	12	20
Total	105	109	214

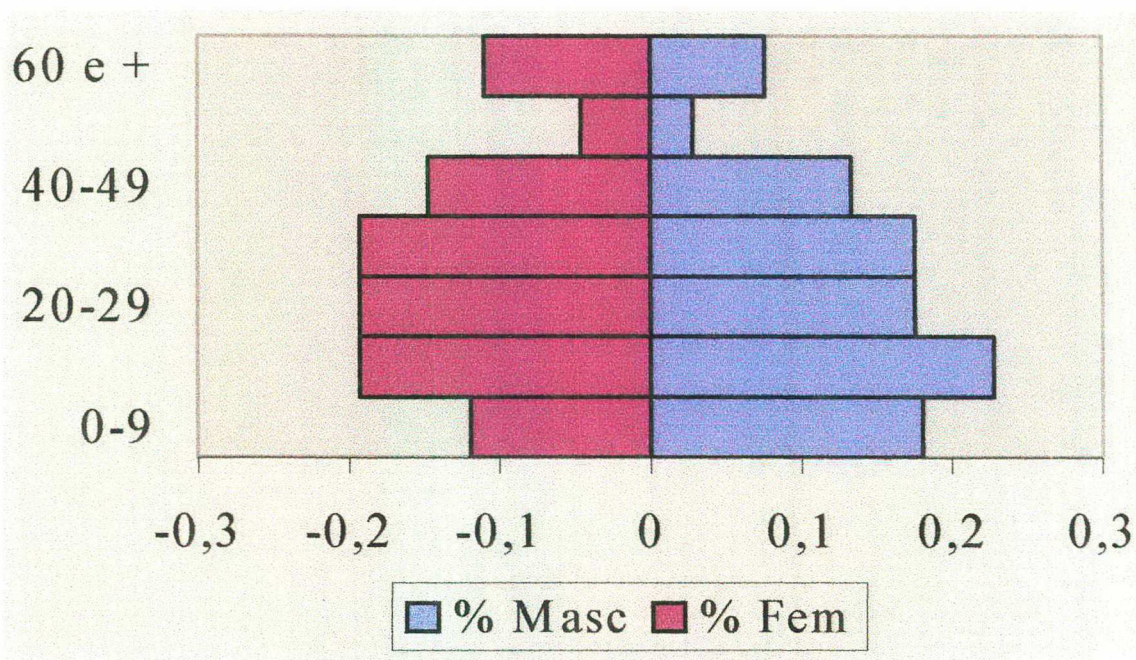


Gráfico 1. Pirâmide populacional dos indivíduos em estudo.

Quanto à escolaridade, encontram-se todas as crianças entre 7-14 anos freqüentando a escola. Dos indivíduos com mais de 15 anos de idade, resultou um índice de 2,5% de analfabetos.

Ainda sobre os dados individuais, a doença referida mais vezes foi a Hipertensão Arterial Sistêmica acometendo 8 indivíduos, o que fez numa prevalência local de 3,7%, seguida de perto pelo diabetes mellitus sendo referida por 2,8% da população, como observado na tabela abaixo.

Foram encontradas duas gestantes entre os indivíduos em estudo.

Tabela II. Doenças referidas pelos moradores da micro-área 004 da área 470 do CSII – Lagoa da Conceição em 1999.

	ALC	DCV	DEF	DM	EPI	HAS	HAN	HIV
0-14	-	-	1	-	-	-	-	-
>15	-	2	-	6	-	8	-	1
Total	-	2	1	6	-	8	-	1

ALC = alcoolismo; DCV = doença cardiovascular; DEF = deficiência física ou mental; DM = diabetes mellitus; EPI = epilepsia; HAS = hipertensão arterial; HAN = hanseníase; HIV = infecção por HIV.

Passando para os dados coletivos, observa-se que a maioria absoluta habita em casa de alvenaria (88,4%), sete de madeira (10,1%) e uma de material aproveitado (1,4%). Sendo que o número médio de cômodos por habitação foi de 5,6 por domicílio.

No aspecto de abastecimento de energia elétrica houve uma cobertura total da rede elétrica, com todos os domicílios ligados à rede. Quadro semelhante ocorreu no abastecimento de água, com 94,2% da população recebendo água da rede pública. Água esta, que segundo os dados colhidos 13,0% não recebe tratamento por parte dos moradores (vide gráfico abaixo).

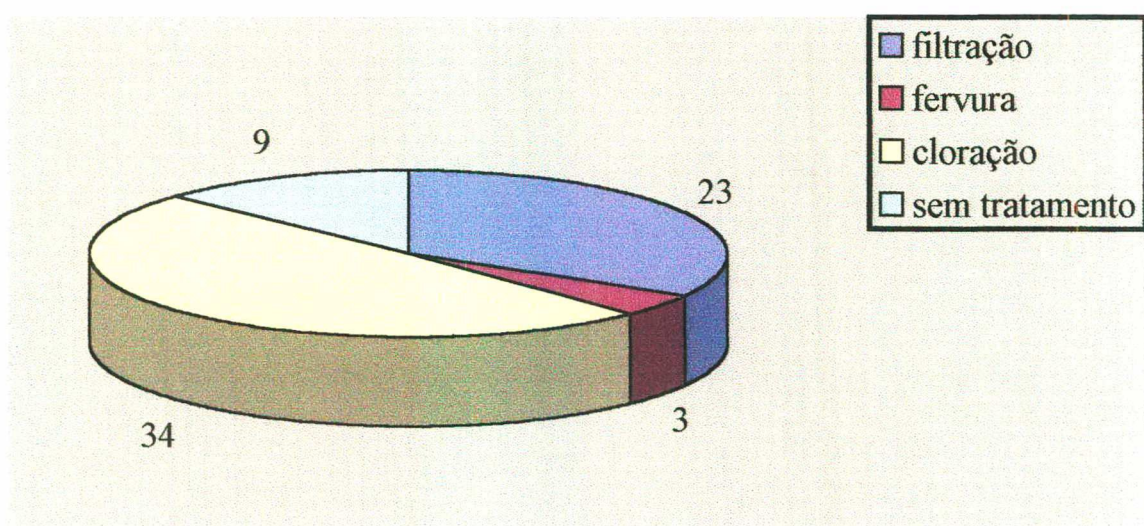


Gráfico 2. Tratamento domiciliar da água.

Todo o lixo produzido nos domicílios é coletado pelo órgão responsável. E 97,1% das casas são ligadas ao sistema de esgoto.

A partir do levantamento dos dados, notou-se que 59,4% dos indivíduos utilizam-se da Unidade de Saúde local, sendo a procura por atendimento no caso de doenças, mostrada no gráfico 3. Do total de moradores, 30,4% possuem plano de assistência médica privada.

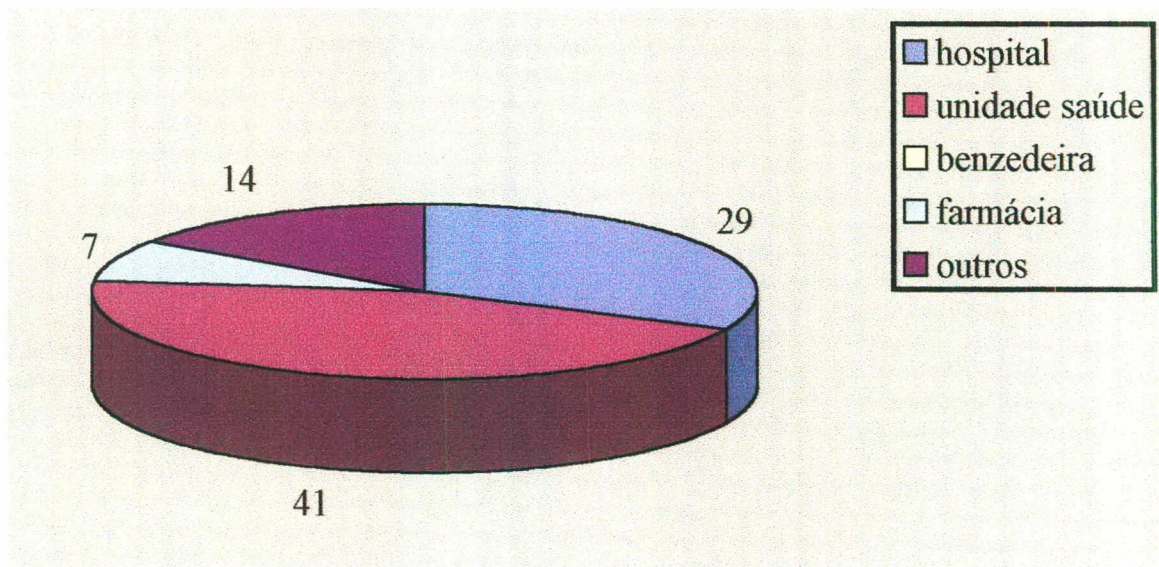


Gráfico 3. Procura assistencial no caso de doença.

Quanto à participação comunitária da população, observou-se que 11,6% fazem parte de grupo religioso, 5,8% participam de associações, e 14,5% inserem-se em outras categorias de participação comunitária. Do ponto de vista sócio-econômico-cultural o meio de comunicação mais utilizado foi o televisor (89,9%), seguido pelo rádio (42,0%). E o meio de transporte de maior utilização é o ônibus urbano, usado por 81,2% da população, visível no gráfico que se segue.

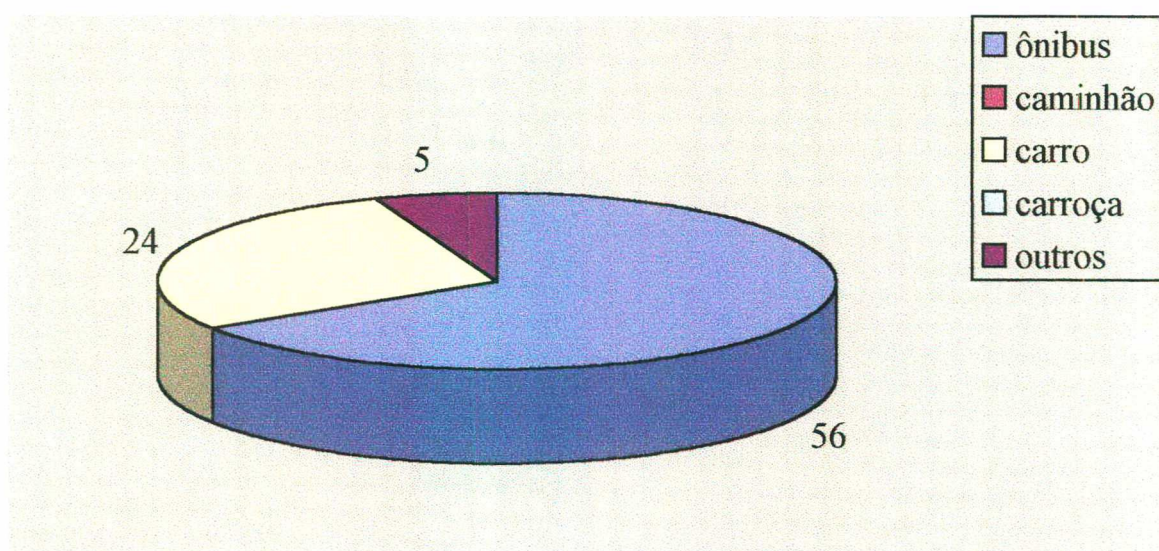


Gráfico 4. Utilização de meios de transporte.

5. DISCUSSÃO

Nas últimas décadas a saúde brasileira tem sofrido lenta transformação, que nos anos 70 mostrou esboços de um movimento pró-descentralização dos serviços de saúde, levando em conta recomendações de organismos internacionais (OPS/OMS,1973). Primeiramente, com assistência básica destinada a populações excluídas do sistema de saúde vigente. E, evoluindo para a idealização de um Sistema Nacional de Saúde (1975), mas que esbarraram na burocracia da Previdência Social e nos representantes do setor privado. Assim o que se mostrava como esperança de real melhora na assistência à saúde nacional, resultou em programas especiais, de caráter vertical, destinados a populações alvo (Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, etc), elaborados pelo Ministério da Saúde. De ações como estas, brotaram em algumas comunidades, estruturas básicas de saúde pública (PIASS), inicialmente nos estados do nordeste, mas que por estímulo do Ministério da Saúde expandiram-se para nível nacional (PRÓ-SAÚDE,1979). Daí deu-se grande passo para a desconcentração das ações em saúde, com integração programático-funcional entre Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde², arquitetando uma hierarquização de serviços e o enfoque na atenção primária à saúde. Este foi um processo conturbado pela crise da Previdência Social, e pelas barreiras impostas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) no início dos anos 80. Mas via-se a saída de um modelo pautado na doença e na “demanda espontânea”, onde a procura aos serviços de saúde era motivada por problemas de saúde “conscientes” da população, sem que muitos outros, ditos “inconscientes”⁵, fossem detectados por uma avaliação mais íntima do habitat do

indivíduo para um modelo pautado no enfoque epidemiológico, e na “oferta organizada” dos serviços de saúde, visando a transformação da situação de saúde⁸.

Estavam abertas as portas para a reforma sanitária, que com a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) reforçou as bases doutrinárias para a criação de um Sistema Único de Saúde. Nos anos seguintes, com o país passando por fase de instabilidade política, este processo sofreu alguns retrocessos, mas retomou as forças com a IX Conferência Nacional de Saúde².

O processo de descentralização, no Brasil, tomou dois rumos distintos. Um foi a municipalização da saúde com a desconcentração e descentralização da saúde. O outro foi a distritalização, que traduz um processo político-organizativo de reorientação do sistema de saúde, com ênfase no nível local. A concepção de Distrito Sanitário enfatiza a necessidade de mudança no modelo assistencial, fazendo a micro-localização dos problemas de saúde, com intervenção pautada no saber epidemiológico e apropriação de informações acerca do local de moradia de uma certa comunidade, que não é simétrica, e que se mantém em constante transformação, chamada por Mendes⁴ de território-processo. Contemplam uma população definida, um território-processo e uma atuação que não se resume à atenção primária. Já a municipalização que envolve a distribuição dos papéis nas três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação das práticas e controle social, pode funcionar como: 1) “prestação de serviços” que é a prática mais comum de atuação, e é realizada com o repasse de verbas da União para estados e municípios - funcionando como uma transferência de problemas para estes; 2) “inampização” que mantém relações clientelistas e cartoriais entre o Estado e a sociedade; 3) “distritalização” que é a transferência da gestão para o município com mudança no modelo assistencial, esta sim sendo tática fundamental da estratégia de reorientação do sistema de saúde via descentralização^{2,8}.

A descentralização como componente do processo de democratização e de reforma do Estado permite reconhecê-la como um dos caminhos para a redefinição das práticas de saúde em função do perfil epidemiológico da população de cada território, e das necessidades e ideais de saúde de cada comunidade. Mecanismos básicos para estes ideais são a análise da situação de saúde através de inquéritos domiciliares⁶, traçando um perfil sócio-econômico-cultural da comunidade, e da organização de Distritos Sanitários^{2,8,9,10}.

A capital do estado atua hoje, com Gestão Plena da Atenção Básica (apesar de que estava previsto uma Gestão Plena dos Serviços de Saúde já para o ano 2000), possuindo 5 Distritos Sanitários(DS): Continente, Centro, Norte, Sul e Docente-Assistencial. A Secretaria Municipal da Saúde assume 46 unidades de saúde básicas, uma unidade de segunda linha de atenção e alguns centros de atenção específica. Unidades de Saúde mais complexas, que incorporam especialidades médicas, como ginecologia e pediatria, além da clínica médica, são chamados Centros de Saúde II (CSII), e localizam-se em locais mais populosos e que possuem linhas de transporte coletivo mais diversificados e freqüentes¹¹.

O PSF, iniciado em Florianópolis, em 1995, hoje possui 14 Unidades de Saúde, e o PACS está implantado em 100% do território. Além das equipes oficialmente cadastradas no Ministério da Saúde como PSF, a rede possui outras unidades com o mesmo modelo de atenção, chamadas unidades de atendimento Docente-Assistencial. Segundo a previsão da prefeitura, esperava-se atingir 28 unidades de PSF até Dezembro de 2000. Agregam-se à rede, o Núcleo de Assistência Psicossocial(NAPS), a Policlínica II e um Centro de Saúde III, que fazem atendimento mais especializado a grupos de risco a doenças sexualmente transmissíveis e outras infecto-contagiosas, funcionando como centros de referência. A previsão da Secretaria Municipal da Saúde era que toda esta rede de assistência à saúde estivesse sendo

“administrados por um sistema de informações amplo, capaz de processar, analisar e interpretar dados de interesse nacional e municipal, definindo e atualizando periodicamente o Diagnóstico de Saúde[...] este complexo será interligado por rede informatizada e os dados agregados por métodos de georreferenciamento, sendo que o funcionamento em rede estará completo pelo menos até as sedes dos distritos no primeiro semestre de 2000”¹¹.

Infelizmente, não foi o que se viu. Quando foram buscados estes dados, os mesmos não estavam compilados. E quando solicitado o programa informático do SIAB modificado para Florianópolis, para melhor estudar a Ficha Cadastral Familiar que também foi modificada para a realidade local, o que se notou foi pouco caso do assunto, mesmo depois de grande empenho, de maneira formal, perante o Secretário Municipal da Saúde. Mostrando a tentativa de monopolizar dados, que deveriam ser explicitados¹², e ratificando a desarticulação entre o nível central e distrital com o nível local¹³. O que, mais adiante explicado, fez perder em qualidade alguns aspectos dos dados colhidos na pesquisa, sem contanto invalidar o estudo.

Pertencente ao Distrito Docente-Assistencial, a área de abrangência do CSII Lagoa da Conceição tem uma população de 7676 habitantes¹⁴ (encontraram-se documentos que indicavam uma população de 13180 para o ano 2000, mas que infelizmente não puderam ser referidas). Este território está dividido em três sub-áreas (Comunidade da Lagoa da Conceição; Costa da Lagoa; Canto da Lagoa), e estas são, por sua vez, sub-divididas em 17 micro-áreas¹⁴. Cada uma das micro-áreas é dividida por uma lógica de homogeneidade sócio-econômica-sanitária, ou seja, é o espaço onde se encontram grupos populacionais reais mais ou menos homogêneos de acordo com suas condições de vida^{4,14}.

E, observando os dados referentes à população estudada, nota-se que esta é representada por indivíduos predominantemente adultos-jovens, que perfazem 62,6% (população de 15-49 anos), e pequena proporção de indivíduos menores que 15 anos (2,8%). Encontraram-se 9,34% dos indivíduos, fazendo parte da

categoria acima de 60 anos, maior que a média nacional (7,9%) e estadual (7,4%)¹⁵. Tem-se idéia da distribuição por faixas etárias dos indivíduos em estudo, através da pirâmide populacional confeccionada, salvo a alteração feita na distribuição entre 20-39 anos, onde se dividiu em duas partes iguais, para que as categorias etárias transformassem-se em decenais (para assim poder fazer comparações mais precisas entre as mesmas). Incrivelmente não se encontrou crianças “menores de 1” ano na população estudada. Que, comparando com a população catarinense, esperar-se-ia encontrar 1,7%¹⁵, isto é, 3 ou 4 crianças nesta faixa etária. E, mesmo com a tendência de declínio nos índices de fecundidade, não convenceria como explicação. Motivo mais plausível para tal achado, seria a quantidade de fichas excluídas do estudo. Há também leve predomínio do sexo feminino (50,9%), com razão de masculinidade de 0,96 (inferior aos 0,98 que é a taxa de Florianópolis)¹⁵.

Índice que colabora para a boa qualidade de vida no local é o achado de que todas as crianças entre 7 e 14 anos freqüentam a escola, ou seja, taxa de escolaridade de 100% nesta faixa etária. Também a taxa de alfabetização é maior que a nacional (85,3%) ou que a estadual (93,4%)¹⁵, com 97,5% dos indivíduos maiores de 15 anos sendo alfabetizados.

Taxas tão animadoras, assim sejam talvez, pela localização da micro-área em questão, próxima ao centro da comunidade da Lagoa da Conceição, onde o transporte é mais facilitado, e habitem pessoas de classe social mais elevada. O que se supõe, por 30,4% das pessoas aí residentes possuírem plano de saúde; 34,8% utilizarem como meio de transporte principal o automóvel; e 88,4% das casas serem de alvenaria.

Talvez por se tratar de uma localidade mais central (e por isto de maior investimento político), a situação sanitária seja tão satisfatória, sendo que o fornecimento de energia elétrica abrange a totalidade dos domicílios, o mesmo

acontecendo com a coleta de lixo. Vê-se também, que é invejosa a situação do abastecimento de água e quanto ao destino das fezes e urina.

Se avaliarmos o tratamento da água que abastece os domicílios locais, pode-se ter falsa impressão quanto à qualidade da água oferecida pelo órgão responsável. Isto em decorrência de os dados colhidos mostrar-nos que 49,3% da água recebida nos domicílios é tratada com cloração, e apenas 13,0% é utilizada sem tratamento algum. Devido à realidade local, é improvável que estes dados sejam fidedignos. Mais fácil crer que houve certa confusão na coleta de dados, quanto ao significado da cloração da água no contexto. Sendo a cloração, em questão, o ato do indivíduo no seu domicílio aplicar a solução de cloro antes de fazer uso da água, e não da utilização de cloro pelo órgão fornecedor da mesma, como possivelmente muitos entenderam.

Dado importante que não pôde ser avaliado foi a ocupação dos indivíduos em estudo, devido à incompatibilidade das fichas cadastrais com o banco de dados utilizado.

Outro aspecto estudado foi “doenças referidas” pelos indivíduos no momento da entrevista com o ACS. Os resultados possivelmente encontram-se subestimados, pois, dos 214 indivíduos em análise, apenas 18 se apresentam no conjunto de indivíduos que referiram doenças; isto não reflete a realidade porque muitas das doenças referidas, por um número superior de indivíduos, não foram introduzidas no banco de dados, por incompatibilidade da Ficha Cadastral Familiar com o programa do SIAB nacional. Que como comentado anteriormente foi modificado para a realidade local e incrementado com um número muito maior e diversificado de enfermidades. Mais certeza disto tem-se ao comparar a prevalência local das doenças referidas com dados nacionais. Onde se encontra uma prevalência média de 7,6% da população para diabetes mellitus^{16,17}, contra apenas 2,8% na micro-área em questão (considerando ainda que este estudo nacional levou em consideração, uma faixa etária bem mais

estreita). Outro levantamento nacional mostrou que cerca de 65%¹⁸ dos idosos são hipertensos, enquanto a população e estudo apresentou uma prevalência de meros 4,9%, se tomar-se a população como um todo. E, se considerarmos que todos estes são idosos, mostraria uma prevalência de 40%, ou seja, bem menor que a realidade nacional. Isto prejudica uma análise mais confiável dos dados. Assim mesmo, estas são as doenças referidas mais prevalentes. E como se tratam de doenças crônicas e, possivelmente preveníveis com mudanças de hábitos e condições de vida⁵, fazem-se de suma importância para intervenções futuras com este olhar. E ainda, sendo estas doenças crônicas, leva-se longo espaço de tempo para alterar-se o perfil de morbi-mortalidade da população; contudo, é possível fazer-se análise, em curto prazo, destas doenças na população, enfocando-se o índice de assistência e cobertura da população afetada e sua aderência ao tratamento¹⁰. O que firma ainda mais a importância dos inquéritos domiciliares, como arma para o planejamento em saúde.

A Unidade de Saúde local é bastante requisitada no caso de doença, pelos moradores locais, diferentemente em relação a outras unidades, isto talvez, pela qualidade de atendimento local, que parece ser muito bem vista pela comunidade. No entanto o uso do hospital ainda é muito superior ao esperado pela atual hierarquização do sistema de saúde^{4,19}, onde a atenção básica deveria ser a porta de entrada do sistema. Nisto, vê-se ainda certa resistência ao novo modelo¹⁹.

Importância devida deve ser dado ao transporte local, mesmo porque faz parte do atual e abrangente conceito de saúde^{5,7}, pois é o principal meio de transporte utilizado na localidade.

Com isto, fica evidente a importância da utilização de um programa de tabulação de dados referentes à saúde da população de cada micro-área. Pois demonstra ser um meio de fácil utilização depois de instalado, e que traz importantes informações para que se possa intervir na situação de saúde de um

determinado grupo social. E que assim sendo, deveria ser mais bem explorado, estando mais acessível o seu uso.

6. CONCLUSÃO

Observou-se que a população estudada é composta por uma fração da comunidade privilegiada quanto ao saneamento básico e poder sócio-econômico. Estando, pelos dados colhidos, em satisfatória situação de saúde se comparada a outros grupos populacionais brasileiros.

Mas, incrivelmente, este quadro não nos faz otimistas, pois concomitantemente a isto, o que se vê é certo conservadorismo por parte tanto da sociedade quanto dos órgãos responsáveis. Este último mostrando má vontade política e não comprometimento político para com o novo modelo de assistência à saúde preconizada pelo SUS. Pois como discutido, não fiscaliza, não se importa, com o incompleto e superficial conhecimento da comunidade em questão.

7. REFERÊNCIAS

1. Barradas RCB. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31 (5) : 531-7.
2. Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida FN, editores. *Epidemiologia e Saúde*. 5^a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999 p.489-503.
3. BRASIL – Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde/ Departamento da Atenção Básica. *Anais da Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família*; Brasília 2000.
4. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das políticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2^a ed. São Paulo: HUCITEC – Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.
5. Castellanos PL. A epidemiologia e a organização dos sistemas de saúde. In: Rouquayrol, MZ, *Epidemiologia e saúde*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999 p. 477-84.
6. BRASIL – Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde. *Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial*; Brasília 1998.
7. BRASIL – Ministério da Saúde. Lei Orgânica do SUS n ° 8080; Brasília 1990.
8. Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais: a epidemiologia na organização dos serviços de saúde. In: *Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, 1992.

9. Chester LGC, Figueiredo GM, Westphal MF, Cardoso MRA, Costa MZA, Gattás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev. Saúde Pública* 1996; 30 (2): 153-60.
10. Chester LGC, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989 – 1990. *Cad. Saúde Pública* 1996; 12 (2): 59-70.
11. FLORIANÓPOLIS – Secretaria Municipal da Saúde – Departamento de Planejamento, Avaliação e Auditoria. *Perfil epidemiológico*. Florianópolis 1999.
12. ABRASCO – II Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil 1995-1999. Rio de Janeiro 1995.
13. Assis MMA, Pereira MJB, Mishima SM, Vila TCS. O processo de gestão nas unidades básicas: limites e possibilidades de um novo agir em saúde. *Saúde em Debate* 1996; 5 (9): 58-66.
14. FLORIANÓPOLIS – Secretaria Municipal da Saúde – Departamento de Planejamento, Avaliação e Auditoria. *Cadastramento realizado pelo SIAB por Agentes Comunitários*. Florianópolis 1999.
15. SANTA CATARINA – Secretaria Estadual da Saúde. Título [Disponível on-line em : www.saude.sc.gov.br . Acessado em data].
16. Estudo Multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil. [Ministério da Saúde do Brasil, 1990].
17. Malerbi DA, Franco LJ. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose in the urban brazilian population aged 30-69 years. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. *Diabetes Care* 1992; 15 (11): 1509-16.

18. Fuchs, FD. Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giuliano ERJ, editores. *Medicina Ambulatorial*, 2^aed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1996. p. 433-43.
19. BRASIL – Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa Saúde da Família*. Rev. Saúde Pública 2000; 34 (3): 316-9.

NORMAS ADOTADAS

1. Normatização dos trabalhos científicos do curso de graduação em medicina. Resolução no. 001 / 99 do colegiado do curso de graduação em medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1999.
2. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal. *Ann Intern Med* 1997; 126: 36-47.
3. Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. *J Pediatr* 1997; 73: 213-24.

RESUMO

Com o novo modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) vigente, faz-se necessário profundo conhecimento da comunidade. Para que assim possam ser traçadas metas, pensando na atenção primária à saúde.

Sendo o território micro-área local privilegiado para tal intervenção, empenhou-se em fazer um levantamento de dados que possibilitasse traçar um perfil da situação de saúde da comunidade residente na micro-área 004 da área 470 do Centro de Saúde II – Lagoa da Conceição.

O que mostrou uma visão, talvez, pouco distorcida, devido a dados incompletamente colhidos. Mas que serviram para avaliar a realidade do que se encontra descrito nas diretrizes do SUS, e a realidade da política de saúde local.

SUMMARY

With the new model of attention of the Sistema Único de Saúde (SUS), it is made the community's deep necessary knowledge. So that like this goals can be drawn, thinking about the primary attention to the health.

Being the territory micro-area privileged local for such intervention, determined to do a rising of data to make possible to draw a profile of the situation of the resident community's health in the micro-area 004 of the area 470 of CS II – Lagoa da Conceição.

What showed a vision, maybe, little distorted, due to given picked incompletamente. But that were to evaluate the reality than one find described in the guidelines of SUS, and the reality of the politics of local health.

ANEXO



FICHA CADASTRAL FAMILIAR DADOS COLETIVOS

Data Cadastro	ACS	Distrito Sanitário	Área	Micro Área	Família	Distrito	Setor	Quadra	Lote	Unidade					
/ / 1999															
Logradouro							Número	Complemento	Bairro						
CEP	Carro	Moto	Bicicleta	Carroça	Geladeira	Rádio	Televisão			Fone		Micro-Ondas	Freezer	Computador	
							Comum		Cabo	Parabólica	Celular	Comum			

Número de Cachorros	Número de Gatos	Outros Tipos de Animais			Tipo de Domicílio		
Situação do Domicílio	Espécie do Domicílio	Tipo de Coletivo			Material do Piso		

Paredes Externas	Número de Cômodos			Tipo de Energia Elétrica			Destino do Lixo		
------------------	-------------------	--	--	--------------------------	--	--	-----------------	--	--

Tratamento D'água	Abastecimento D'água			Destino das Fezes e Urina			Em caso de Doenças quem Procura		
-------------------	----------------------	--	--	---------------------------	--	--	---------------------------------	--	--

Uso da Unidade de Saúde	Meio Comunicação Utilizado			Participação Comunitária			Transportes mais Utilizados		
-------------------------	----------------------------	--	--	--------------------------	--	--	-----------------------------	--	--

Neste Domicílio Morava Alguma Pessoa que Faleceu Entre Janeiro de 1997 e a Data de Hoje?	Sim ()	Não ()	Em Caso Positivo Informe:	Sexo	Idade ao Falecer	Mês e Ano do Falecimento	/	/	/
------------------------------------------------------------------------------------------	---------	---------	---------------------------	------	------------------	--------------------------	---	---	---

LEGENDA	CÓDIGOS DA LEGENDA										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Outros Tipos de Animais	Pombo	Pássaros	Coelhos	Galinhas	Porcos	Gados	Cabritos	Outro Tipo	-	-	-
Tipo de Domicílio	Casa	Apartamento	Cômodo	Barraco	Lona	Outro Tipo	-	-	-	-	
Situação do Domicílio	Próprio Pago	Próprio Pagando	Alugado	Cedido P/ Patrão	Cedido de Outra Forma	Outra Condição	-	-	-	-	
Espécie de Domicílio	Particular Permanente	Particular Improvisado	Coletivo	-	-	-	-	-	-	-	
Tipo de Coletivo	Hotel Pensão	Presídio/Cadeia	Orfanato/Asilo	Hospital	Clinica	Igreja/Capela	Prédio Comercial	Escola/Creche	Farmácia	Super-Mercado	Outros
Material do Piso:	Madeira Aparelhada	Madeira Aproveitada	Carpete/Forração	Cerâmica/Pedra	Piso Plástico	Cimento Barro	Terra	Outro Tipo	-	-	
Paredes Externas	Tijolo Alvenaria	Madeira Aparelhada	Madeira Aproveitada	Taipa Revestida	Taipa Não Revestida	Palha	Outro Tipo	Especificar:	-	-	
Energia Elétrica	Com Rabicho	Sem Rabicho	Outro Tipo	Sem Energia	-	-	-	-	-	-	
Destino do Lixo	Coletado	Queimado ou Enterrado	Jogado a Céu Aberto	Outro Destino	Especificar:						
Tratamento D'água	Filtração	Fervura	Cloração	Água Mineral	Sem Tratamento	-	-	-	-	-	
Abastecimento D'água	Rede Geral	Poço	Nascente Cachoeira	Outro Tipo	Especificar:						
Destino das Fezes e Urina	Sistema de Esgoto	Fossa	Céu Aberto	Outro Destino	-	-	-	-	-	-	
Em caso de Doença Procura	Hospital	Unidade de Saúde	Benzedeira	Farmácia	Se Auto Médica	Outra Forma	Especificar:				
Uso da Unidade de Saúde	Mais Próxima	Outras Unidades	Razão de Usar Outra Unidade:								
Meios de Comunicação	Rádio	Televisão	Jornal Escrito	Internet	Outro Meio	Especificar:					
Participação Comunitária	Cooperativa	Grupo Religioso	Associações	Outros	Especificar:						
Transporte	Ônibus	Caminhão	Carro	Moto	Carroça	Bicicleta	Outro Tipo	Especificar:			

Assinatura do Agente Comunitário de Saúde

Assinatura do Enfermeiro Supervisor

FICHA CADASTRAL FAMILIAR - DADOS INDIVIDUAIS

Nome										Nascimento		Idade Presumida	
Sexo	Estado Civil	Grau Familiar	Fumante S () N ()	Nacionalidade	Naturalidade		Procedência		Motivo	Tempo Ano Mês			
Profissão		Emprego/Ocupa	Escolaridade	Alfabetizado S () N ()	Religião	Tem Plano Saúde S () N ()		Doença Referida	Visão	Deficiência Mental			
N° do Prontuário		Certidão	Nome do Cartório				Livro	Folhas	Termo	Emissão / /			
Carteira de Identidade N°		UF:	Órgão Emissor						Emissão				
			SSP ()		Órgão Militar ()		Órgão de Classe ()		/ /				
Nome da Mãe													

Nome										Nascimento		Idade Presumida	
Sexo	Estado Civil	Grau Familiar	Fumante S () N ()	Nacionalidade	Naturalidade		Procedência		Motivo	Tempo Ano Mês			
Profissão		Emprego/Ocupa	Escolaridade	Alfabetizado S () N ()	Religião	Tem Plano Saúde S () N ()		Doença Referida	Visão	Deficiência Mental			
N° do Prontuário		Certidão	Nome do Cartório				Livro	Folhas	Termo	Emissão / /			
Carteira de Identidade N°		UF:	Órgão Emissor						Emissão				
			SSP ()		Órgão Militar ()		Órgão de Classe ()		/ /				
Nome da Mãe													

Nome										Nascimento		Idade Presumida	
Sexo	Estado Civil	Grau Familiar	Fumante S () N ()	Nacionalidade	Naturalidade		Procedência		Motivo	Tempo Ano Mês			
Profissão		Emprego/Ocupa	Escolaridade	Alfabetizado S () N ()	Religião	Tem Plano Saúde S () N ()		Doença Referida	Visão	Deficiência Mental			
N° do Prontuário		Certidão	Nome do Cartório				Livro	Folhas	Termo	Emissão / /			
Carteira de Identidade N°		UF:	Órgão Emissor						Emissão				
			SSP ()		Órgão Militar ()		Órgão de Classe ()		/ /				
Nome da Mãe													

Nome										Nascimento		Idade Presumida	
Sexo	Estado Civil	Grau Familiar	Fumante S () N ()	Nacionalidade	Naturalidade		Procedência		Motivo	Tempo Ano Mês			
Profissão		Emprego/Ocupa	Escolaridade	Alfabetizado S () N ()	Religião	Tem Plano Saúde S () N ()		Doença Referida	Visão	Deficiência Mental			
N° do Prontuário		Certidão	Nome do Cartório				Livro	Folhas	Termo	Emissão / /			
Carteira de Identidade N°		UF:	Órgão Emissor						Emissão				
			SSP ()		Órgão Militar ()		Órgão de Classe ()		/ /				
Nome da Mãe													

Nome										Nascimento		Idade Presumida	
Sexo	Estado Civil	Grau Familiar	Fumante S () N ()	Nacionalidade	Naturalidade		Procedência		Motivo	Tempo Ano Mês			
Profissão		Emprego/Ocupa	Escolaridade	Alfabetizado S () N ()	Religião	Tem Plano Saúde S () N ()		Doença Referida	Visão	Deficiência Mental			
N° do Prontuário		Certidão	Nome do Cartório				Livro	Folhas	Termo	Emissão / /			
Carteira de Identidade N°		UF:	Órgão Emissor						Emissão				
			SSP ()		Órgão Militar ()		Órgão de Classe ()		/ /				
Nome da Mãe													

Ficha A - frente - modelo

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA				UF
ENDEREÇO		NUMERO 	BAIRRO		CEP -	
MUNICÍPIO 	SEGMENTO 	ÁREA 	MICROÁREA 	FAMÍLIA 	DATA 	

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUENTE A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede geral	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde
Nome do Plano de Saúde	

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITARIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar	

OBSERVAÇÕES

--

**TCC
UFSC
SP
0025**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0025

Autor: Oliveira, Stef nio

Título: Situa o de saúde em uma micro- 



972809154

Ac. 254103

Ex.1 UFSC BSCCSM