

MANUELA FAGUNDES DE MELO

PERCEPÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE POR
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO
DE PORTEIRINHA

Faculdade de Odontologia

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte

2010

PERCEPÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE PORTEIRINHA

RESUMO:

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível de contato com o sistema de saúde. No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS e possui como responsável por monitorar as ações das suas equipes o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), uma importante fonte de obtenção de dados em saúde. O objetivo deste estudo é avaliar as percepções dos profissionais de nível superior da atenção primária de Porteirinha sobre os problemas de saúde do município através da qualificação quanto à gravidade de alguns indicadores do SIAB/SUS. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, realizada em Porteirinha-MG, onde foram entrevistados, por meio de formulário estruturado, 34 dos 39 profissionais com formação superior (médicos, enfermeiros e dentistas) das 13 (treze) equipes de PSF existentes. Foi realizada uma análise estatística descritiva, através de cálculo de proporções. De acordo com os profissionais da APS do município, a maioria dos indicadores analisados na pesquisa foi considerada de pequena gravidade para a realidade local. Os únicos indicadores considerados muito graves para o município por uma quantidade significativa de profissionais foram a taxa de prevalência de hipertensão arterial (41,2%) e o índice CPO-D (35,3%). Todos os problemas de saúde que foram considerados graves e muito graves pelos profissionais são condições crônicas, realidade condizente com o panorama epidemiológico da população brasileira. Estas condições exigem um tipo de abordagem diferenciada, sendo necessário o adequado conhecimento epidemiológico local, respeitando as características regionais e orientando as melhores ações. Os profissionais, principalmente da atenção primária, devem estar preparados para rever posturas para o enfrentamento desses problemas, revelando assim a importância de se conhecer e trabalhar diretamente com os dados fornecidos pelo SIAB/SUS.

DESCRITORES: Atenção primária, Percepção, Indicadores

PERCEPTION OF HEALTH PROBLEMS BY PROFESSIONALS OF PRIMARY HEALTH CARE OF THE TOWN OF PORTEIRINHA

ABSTRACT:

The Primary Health Care is the first level of contact with the health system. In Brazil, the Family Health Program is the main strategy for implementation and organization of Primary Health Care. The Family Health Program has as a responsible for monitoring the actions of their teams the information system (SIAB), an important source for obtaining data in the health care. This study carried out the perceptions of high level professionals of Primary Health Care of Porteirinha about the local health problems measured by some indicators of the Information System of Primary Care (SIAB)/ Unified Health System (SUS). This is a quantitative research developed in Porteirinha-MG. Thirty-nine health professionals were interviewed by structured questionnaire from the thirteen Family Health Program teams. Was performed a descriptive statistical analysis, by proportions calculation. According to the professionals, most of the indicators analyzed in the research were not considered severe. Prevalence of hypertension (41.2%) and the Decayed, Missing and Filled Teeth (DMFT) index (35.3%) were the only indicators which was considered very serious, by a significant amount of professionals. These latter health problems are chronic conditions and health professionals should be prepared to revise attitudes to deal with these them, revealing the importance of knowing and working directly with the data provided by SIAB / SUS

Uniterms: Primary Health Care, Perception, Indicators

SUMÁRIO

1. Introdução	06
2. Métodos	08
3. Resultados	10
4. Discussão	14
5. Conclusão	20
6. Referências	22
7. Apêndice	25

INTRODUÇÃO

O Programa saúde da Família (PSF), criado em 1994, é a principal estratégia de implementação e organização da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil, que busca a vigilância à saúde por meio de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível da atenção, sendo a porta de entrada do serviço onde a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo. Responde a uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco de acordo com um conceito de saúde ampliado, não se limitando ao corpo puramente biológico. Além disso, mesmo quando parte do cuidado à saúde de uma pessoa for realizado em outros níveis de atendimento, o nível primário (o PSF) tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, garantindo a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado. Dessa forma, o PSF, como estratégia, está baseado nas quatro dimensões exclusivas da APS, atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação⁸.

O grande número de equipes, e de famílias acompanhadas e cadastradas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), gerou, conseqüentemente, uma quantidade significativa de dados. Entre essas bases de dados, encontra-se o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado em 1998, como principal instrumento de monitoramento das ações de Saúde da Família. O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde com o objetivo de fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS, e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, tornando público, assim, os dados para o uso de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS. É um sistema de informação territorializado cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família. As informações são coletadas em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família e pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde. O fato de a coleta de dados se referirem a populações bem delimitadas possibilita a construção de indicadores populacionais referentes às áreas de abrangência dos programas, ao município, estado, região e país. Isso possibilita a localização espacial de problemas de saúde e a identificação de desigualdades, constituindo-se em ferramenta importante para a implementação de

políticas de redução de iniquidades, favorecendo também a avaliação da efetividade das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde⁴.

Os indicadores produzidos pelos sistemas de informação são medidas que contêm dados relevantes sobre o estado de saúde de uma determinada população, bem como do desempenho do sistema de saúde local com disponibilidade de fontes regulares. Dessa forma, através da compreensão da situação de saúde, suas causas e conseqüências, irão orientar o planejamento do serviço e a própria prática clínica. Além disso, produz informações válidas para orientar decisões de política e apoiar o controle social. O perfil de saúde de um determinado local é apresentado por indicadores de mortalidade, morbidade, custo e utilização de serviços de saúde e infra-estrutura de saúde no país¹⁶.

Há uma baixa valorização e utilização por parte dos gestores, profissionais e usuários, das informações de saúde como ferramenta para a avaliação, o monitoramento e o planejamento do conjunto de ações desenvolvidas no âmbito da política de saúde². Os diversos gestores municipais desconhecem o amplo espectro de utilidades que os sistemas de informações apresentam a despeito do que está estabelecido em artigos da lei 8080/90 colocando a informação como responsabilidade do município e direito dos usuários, se mostrando como importante ferramenta política, tanto no que concerne ao planejamento de saúde, quanto à alocação de recursos.

A busca de medidas do estado de saúde da população é uma antiga tradição em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência, atuando nos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença controlando a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais. Com os avanços obtidos no controle de doenças e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde incluindo fatores ambientais, acesso aos serviços, qualidade da atenção e condições de vida. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade¹⁶.

Estudos internacionais têm evidenciado que a APS tem impacto positivo sobre vários indicadores de saúde; reduz gastos totais; melhora o acesso a serviços de saúde, a

qualidade global da atenção à saúde e as ações preventivas; facilita a detecção precoce de problemas reduzindo internações hospitalares; garante cuidados mais apropriados e reduz o uso de cuidados desnecessários de atenção especializada à saúde. Estudos no Brasil apontam na mesma direção: a Saúde da Família melhora o acesso e tem alguns efeitos positivos na situação de saúde¹⁸.

A Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA) afirma que o reconhecimento e o detalhamento das condições de saúde e da percepção que os profissionais têm sobre essas, são informações relevantes para um planejamento que tenha como finalidade a equidade, entendendo-a não apenas como conjunto de medidas capazes de garantir acesso universal à atenção à saúde, mas como princípio de justiça social, que possibilite a universalidade e integralidade da atenção¹⁶.

O objetivo deste estudo é avaliar as percepções dos profissionais de nível superior da atenção primária de Porteirinha sobre os problemas de saúde do município através da qualificação quanto à gravidade, de alguns indicadores do SIAB/SUS.

MÉTODOS

O município de Porteirinha está localizado na região norte do estado de Minas Gerais, na microrregião Janaúba (semi-árido mineiro), a uma distância de 582 Km da capital Belo Horizonte, com, aproximadamente, 1751,86 Km² de área geográfica¹². A população estimada em 2009, de acordo com o site do IBGE¹⁰, foi igual a 37842 habitantes. Em 1950, a população rural correspondia a 90% da população total. Em 1991, a população rural decresceu relativamente, sendo ainda predominante (61%). Em 1999 a população rural correspondia a 59% da população total e conforme dados de IBGE, 2000, essa porcentagem diminuiu, mostrando um equilíbrio com a população urbana, correspondendo a 49% e a população rural 51%, levando em consideração a emancipação de três distritos do município. Em 2004 essa distribuição da maior parte da população na zona rural ainda era fato. Dados do censo 2000 apontam que a cidade possui uma densidade demográfica de 20,94 hab/Km².

O seu IDHM em 2000 era de 0,633 (IDHM Renda = 0,544; IDHM Longevidade = 0,614; IDHM Educação= 0,74), identificando-o como um município com condições

menos favoráveis à vida humana. Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). Em relação aos outros municípios do Brasil, Porteirinha apresenta uma condição ruim: ocupa a 4053ª posição, sendo que 4052 (73,6%) municípios estão em uma situação melhor e 1454 (26,4%) municípios estão em situação pior ou igual. Em relação aos outros municípios do estado também ocupa um posição ruim: ocupa a 784ª posição¹.

Em mais da metade dos municípios do Norte de Minas (80, 89%) o IDH médio é de 0,600, sendo apenas 7,86% dos municípios com IDH em torno de 0,700³.

A renda per capita média do município cresceu 41,28%, passando de R\$ 71,65 em 1991 para R\$ 101,23 em 2000. A pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda familiar inferior a R\$ 75,50, equivalente a metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) diminuiu 19,12%, passando de 77,8% em 1991 para 62,9% em 2000. A desigualdade cresceu e o índice de Gini passou de 0,54 em 1991 para 0,57 em 2000¹.

De acordo com o IBGE¹⁰, o município de Porteirinha apresentou, no ano de 2007, um PIB (Produto Interno Bruto) per capita no valor de R\$ 3309,00, ou seja, R\$ 275,75 por mês. Essa baixa renda e a sua má distribuição, revela ainda mais as condições de pobreza vivenciadas pela população.

As atividades econômicas do município estão no setor agropecuário (setor primário), industrial (setor secundário), comércio de mercadorias e serviços (setores terciários), sendo este o que fornece maior contribuição para o aumento do PIB, embora o setor agropecuário possua uma ocupação maior da população. Portanto as atividades agropecuárias são as que mais contribuem com a renda, mas não são as mais importantes na geração de empregos¹².

Porteirinha é um município de pequeno porte, mas que incorpora a sua realidade problemas diversos de desigualdades sociais, historicamente construídas, que se concretizam na deficiência do acesso e na configuração inadequada das ações e serviços em geral e especificamente na saúde. Dessa forma, os profissionais que atuam, principalmente no serviço público de saúde, devem basear a sua prática diária no enfrentamento desses problemas a partir do reconhecimento das reais necessidades dessa população.

O município conta com 39 profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas) em 13 (treze) equipes de PSF existentes.

Inicialmente, todos os 39 profissionais de nível superior do PSF de Porteirinha foram esclarecidos e convidados a responder um questionário sobre a percepção dos mesmos sobre as condições de saúde da população do município de Porteirinha, no entanto foi possível a realização com apenas 34 (87,2%) desses profissionais. A participação na pesquisa foi voluntária e os participantes não foram identificados. As informações geradas contribuirão para o planejamento de ações coletivas no Sistema Único de Saúde de Porteirinha. Desta forma, considerou-se os riscos pequenos e que a pesquisa gerará importantes benefícios para a população do município.

O questionário foi elaborado através da seleção de alguns indicadores (de mortalidade e morbidade e fatores de risco) e dados básicos do sistema de informação da atenção básica do SUS, baseados na realidade do município de Porteirinha. Foram selecionados vinte e cinco indicadores, onde os profissionais deveriam categorizar em muito grave, grave, pouco grave ou sem gravidade (Apêndice A). Juntamente com o questionário foi elaborado um termo de consentimento, assinado pelos pesquisadores e pelo entrevistado.

Anteriormente a aplicação do questionário, foi elaborado um projeto de pesquisa e encaminhado à Comissão de Ética e Pesquisa (COEP) da UFMG, onde este foi aprovado.

Após a aplicação do questionário, os dados foram submetidos à análise descritiva no programa SPSS versão 17.0, por meio de cálculo de proporções.

RESULTADOS

Foram entrevistados 34 profissionais de saúde (taxa de retorno=87,2%), sendo 12 dentistas, 12 enfermeiros e 10 médicos. A idade média dos participantes foi igual a 36,82 ($\pm 12,55$). A média de anos de formado e anos de atuação na rede básica de saúde foram 11,82 ($\pm 10,88$) e 7,35 anos ($\pm 6,71$), respectivamente. Dos participantes (n=34), a maioria (55,9%) era do sexo feminino.

Com relação aos questionamentos feitos, a Tab. 1 mostra os resultados das cinco primeiras perguntas. Analisando a taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade em menores de 5 anos e taxa de mortalidade materna, 61,8%, 55,9% e 50,0% dos profissionais consideraram esses indicadores pouco grave para o município, respectivamente. Já em relação à mortalidade proporcional por doença diarréica aguda em menores de 5 anos, 55,9% consideraram sem gravidade e analisando o indicador de mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos, 41,2% consideraram pouco grave e 44,1% consideraram sem gravidade.

A Tab. 2 mostra o resultado dos indicadores seis ao dez. Em relação à taxa de mortalidade específica do aparelho respiratório, 50% dos profissionais questionados consideraram esse indicador pouco grave no município de Porteirinha. A taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas foi considerada grave por 35,3% dos profissionais e pouco grave por 38,2% destes, enquanto a taxa de mortalidade específica por diabetes melito 52,9% considerou pouco grave. Já a taxa de mortalidade específica por AIDS e a taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis foram consideradas pouco grave por 58,8% e 50,0% dos profissionais respectivamente.

Analisando as taxas de incidência de doenças transmissíveis (Aids, tuberculose, dengue e leishmaniose tegumentar americana e visceral), a Tab.3 mostra que os três primeiros foram considerados pouco graves por 58,8%, 55,9% e 38,2% respectivamente. A taxa de incidência de dengue e as taxas de incidência da leishmaniose tegumentar e americana foram consideradas sem gravidade por 44,1%, 52,9% e 50,0% dos profissionais de saúde da atenção básica do município.

A Tab.4 revela que a taxa de detecção de hanseníase foi considerada pouco grave por 55,9% dos profissionais. Já a taxa de prevalência em pacientes com diálise, 35,3% considerou um grave indicador de saúde do município e 38,2% o considerou pouco grave. Com relação à proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer, 50% afirmaram ser de pouca gravidade e ao indicador que mostra a taxa de prevalência de aleitamento materno, 52,9% o considerou pouco grave.

A taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarro, a taxa e prevalência de excesso de peso e a taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool foram consideradas grave por 52,9% dos profissionais em todos estes indicadores. Já a taxa de

prevalência de hipertensão arterial foi considerada muito grave por 41,2%, grave por 41,2%, pouco grave por 14,7% e sem gravidade por 2,9% (Tab.5).

Com relação aos agravos de saúde bucal, referentes às questões 17 e 18 do questionário encontrou-se os seguintes resultados (Tab. 6): 38,2% dos profissionais de saúde consideraram o índice CPO-D um grave problema no município e 35,3% o consideraram muito grave. O percentual de crianças 5-6 anos de idade com índice ceo-d igual a zero, foi considerado grave por 35,3% dos entrevistados e pouco grave por 32,4%.

TABELA 1 – RESULTADO DO QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTEIRINHA/MG- PERGUNTAS 1 A 5 – FEVEREIRO DE 2010

	Taxa mortalidade infantil	Taxa mortalidade < 5 anos	Razão mortalidade materna	Mortalidade proporcional doença diarreica aguda < 5 anos	Mortalidade proporcional por IRA < 5 anos
Muito grave	2,9%	2,9%	5,9%	2,9%	2,9%
Grave	14,7%	5,9%	8,8%	17,6%	11,8%
Pouco grave	61,8%	55,9%	50%	23,5%	41,2%
Sem gravidade	20,6%	35,3%	35,3%	55,9%	44,1%

TABELA 2 - RESULTADO DO QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTEIRINHA/MG- PERGUNTAS 6 A 10 – FEVEREIRO DE 2010

	Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho respiratório	Taxa mortalidade específica por neoplasias malignas	Taxa de mortalidade específica por diabetes melito	Taxa de mortalidade específica por aids	Taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis
Muito grave	5,9%	2,9%	5,9%	2,9%	-
Grave	17,6%	35,3%	20,6%	5,9%	11,8%
Pouco grave	50,0%	38,2%	52,9%	32,4%	38,2%
Sem gravidade	26,5%	23,5%	20,6%	58,8%	50,0%

TABELA 3 – RESULTADO DO QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTEIRINHA/MG- PERGUNTAS 11 A 15 (TAXA DE INCEDÊNCIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS) – FEVEREIRO DE 2010

	Aids	Tuberculose	Dengue	Leishmaniose tegumentar americana	Leishmaniose visceral
Muito grave	-	2,9%	5,9%	2,9%	5,9%
Grave	23,5%	26,5%	38,2%	14,7%	14,7%
Pouco grave	58,8%	55,9%	44,1%	29,4%	29,4%
Sem gravidade	17,6%	14,7%	11,8%	52,9%	50,0%

TABELA 4 – RESULTADO DO QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTEIRINHA/MG- PERGUNTAS 16, 19, 20 e 21– FEVEREIRO DE 2010

	Taxa de detecção de hanseníase	Taxa de prevalência em pacientes com diálise	Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer	Taxa de prevalência de aleitamento materno
Muito grave	-	-	-	-
Grave	8,8%	35,3%	29,4%	8,8%
Pouco grave	55,9%	38,2%	50,0%	38,2%
Sem gravidade	35,3%	26,5%	20,6%	52,9%

TABELA 5 – RESULTADO DO QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTEIRINHA/MG- PERGUNTAS 22 a 25 – FEVEREIRO DE 2010

	Taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarro	Taxa de prevalência de excesso de peso	Taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool	Taxa de prevalência de hipertensão arterial
Muito grave	17,6%	8,8%	26,5%	41,2%
Grave	52,9%	52,9%	52,9%	41,2%
Pouco grave	23,5%	26,5%	14,7%	14,7%
Sem gravidade	5,9%	11,8%	5,9%	2,9%

TABELA 6 – RESULTADO DO QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTEIRINHA/MG- PERGUNTAS 17 e 18 – FEVEREIRO DE 2010

	Índice CPO-D	Percentual de crianças 5-6 anos de idade com índice ceo-d igual a 0
Muito grave	35,3%	17,6%
Grave	38,2%	35,3%
Pouco grave	17,6%	32,4%
Sem gravidade	8,8%	14,7%

DISCUSSÃO

De acordo com os profissionais da atenção primária do município, a maioria dos indicadores analisados na pesquisa foram considerados de pequena gravidade (taxa de mortalidade infantil, proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer, taxa de mortalidade em menores de 5 anos e taxa de mortalidade materna, taxa de prevalência de aleitamento materno, taxa de mortalidade específica do aparelho respiratório, taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas, taxa de mortalidade específica por diabetes melito, taxa de mortalidade específica por AIDS e a taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis, taxas de incidência de doenças transmissíveis (Aids, tuberculose), taxa de detecção de hanseníase).

Os indicadores considerados graves foram a taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas, taxa de prevalência em pacientes em diálise, a taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarro, a taxa de prevalência de excesso de peso, a taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool e o índice ceo-d igual a zero.

Entre 1996 e 2004, a taxa de mortalidade por neoplasias malignas aumentou ou se manteve estável em todas as regiões brasileiras¹¹. Esse indicador avalia o número de óbitos por neoplasias malignas, por 100 mil habitantes, na população residente em

determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima o risco de morte por neoplasias malignas e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública, retrata a incidência dessas doenças na população, associada ao envelhecimento e a fatores de risco específicos, de natureza dietética, comportamental, ambiental e genética, apresenta a concentração de tipos mais graves de neoplasias e expressa também as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada ¹⁴.

Entre 1999 e 2005, observa-se aumento da prevalência de pacientes atendidos no SUS para terapia de diálise renal em todas as regiões e faixas etárias. Como esperado, a prevalência aumenta com a idade, atingindo, na população idosa (60 anos e mais de idade), valores cerca de 10 vezes maiores que no grupo etário de menores de 30 anos de idade¹¹. O indicador revela o número de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Mede a frequência de pessoas residentes que recebem tratamento de diálise no SUS, em relação à população geral e reflete a ocorrência de portadores de insuficiência renal crônica e a oferta de serviços de diálise no SUS. O atendimento a esses pacientes representa uma parcela importante dos recursos públicos gastos com assistência médica. A demanda por tratamento de diálise tende a acompanhar o aumento da expectativa de vida e da proporção de idosos na população. A prevalência de 40 pacientes por 100 mil habitantes é atualmente adotada como parâmetro de avaliação do indicador ¹⁴.

As proporções de fumantes regulares de cigarros mostram maiores frequências nas cidades da região Sul, seguidas das cidades da região Sudeste¹¹. O indicador mostra o percentual de fumantes regulares de cigarros, na população de 15 anos ou mais de idade, residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O conceito de fumante regular de cigarro pressupõe que o indivíduo fuma atualmente e já fumou pelo menos 100 cigarros na vida. Proporções elevadas de fumantes regulares estão associadas a maior frequência de doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, alergias respiratórias, doenças bucais e outras doenças relacionadas ao tabagismo. Há evidências obtidas de investigações epidemiológicas da associação entre o consumo de cigarros durante a gestação e a ocorrência de baixo peso do recém-nascido e doenças respiratórias em crianças filhos de fumantes (tabagismo passivo)¹⁴.

As proporções de indivíduos com excesso de peso, no Brasil, mostram maiores frequências nas cidades do Rio de Janeiro e Porto Alegre¹¹. As menores proporções foram observadas em Palmas. Em relação ao sexo, observamos que, em todas as cidades, os homens apresentam maiores frequências de excesso de peso em relação às mulheres. As maiores frequências encontram-se nas cidades com maiores níveis de desenvolvimento sócioeconômico¹¹. Esse indicador mostra o percentual de indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 25 kg/m², na população de 15 anos ou mais, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado. O Índice de Massa Corporal (IMC) é definido como o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura e é uma medida altamente correlacionada com a gordura corporal, embora não represente sua medida direta. Estima a prevalência de excesso de peso (IMC igual ou maior que 25kg/m²) na população adulta. As consequências graves associadas ao excesso de peso são as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e certos cânceres, como o de esôfago, cólon-retal, mama, endométrio e rim. O excesso de peso também está associado a diversas condições debilitantes que afetam a qualidade de vida tais como osteoartrite, problemas respiratórios, problemas músculo-esqueléticos e problemas dermatológicos¹⁴.

A prevalência de consumo de bebidas alcoólicas acima dos limites recomendados, no Brasil, mostram maiores frequências nas cidades de São Luís, Vitória e Belém¹¹.

Em relação ao sexo, observa-se que, em todas as cidades do Brasil, os homens apresentam maior consumo considerado de risco do que as mulheres¹¹. O indicador que aponta esse problema de saúde mostra o percentual estimado de indivíduos que consomem bebidas alcoólicas em quantidade e frequência consideradas de risco, na população de 15 anos ou mais, residente em determinado espaço geográfico, no período considerado¹⁴.

A ingestão excessiva de álcool configura uma questão problemática. No Brasil, estudos têm mostrado que a taxa de prevalência de alcoolismo varia entre 3,0% e 6,0% na população geral¹¹. É considerado o terceiro motivo para o absenteísmo no trabalho, com elevadas taxas de aposentadorias precoces, acidentes de trabalho e de trânsito, responsável por proporção considerável de ocupação de leitos hospitalares¹⁴. De acordo

com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade e limitação da condição funcional associada ao consumo de bebidas alcoólicas superam aquelas associadas ao tabagismo⁵. Tendo em vista as conseqüências e os gastos públicos e privados decorrentes do uso/abuso ou dependência de álcool, com impacto em condições de saúde, de trabalho e na família, o estudo deste comportamento na população torna-se de extrema importância para a sociedade⁵.

O percentual de crianças brasileiras livres de cárie aos 5-6 anos de idade foi 40,6% em 2003¹¹. Ao comparar este dado com o encontrado na idade de 6 anos no levantamento epidemiológico realizado em 1996 (36,1%), observa-se um aumento do percentual de crianças livres de cárie nesta idade. Contudo, ainda não foi atingida a meta estabelecida pela OMS para o ano 2000, que é de 50%. Em média, uma criança brasileira de 3 anos ou menos já possui, pelo menos, um dente com experiência de cárie dentária¹⁵. No Brasil, as regiões com menor percentual de crianças livres de cárie dental foram a Norte e a Nordeste, em torno de 35%, enquanto a região Sudeste apresentou o maior percentual, próximo a 50%^{11,15}. No entanto a região Sudeste foi a que registrou maior redução percentual em relação ao levantamento de 1996 (7.3%). Em todas as demais regiões houve aumento deste indicador, mais acentuado na região Norte^{11,15}. Esse indicador revela o percentual de crianças de 5 a 6 anos de idade com índice ceo-d (número de dentes decíduos cariados, com extração indicada, perdidos devido à cárie ou obturados) igual a zero, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Esta idade é adotada internacionalmente como parâmetro para uso do indicador. Valores baixos deste percentual indicam más condições de saúde bucal da população nesta faixa etária, freqüentemente associadas a condições socioeconômicas desfavoráveis, a dificuldades de acesso a ações e serviços de saúde bucal e ao alto consumo de açúcar¹⁴.

Os únicos indicadores considerados muito graves para o município por uma quantidade significativa de profissionais foram a taxa de prevalência de hipertensão arterial (41,2%) e o índice CPO-D (35,3%). Este índice mostra o número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, aos 12 anos de idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. A letra D do acrônimo utilizado na denominação do índice refere-se a “dentes examinados”, para diferenciar este indicador de outro que trata de “superfícies dentárias examinadas” (CPO-S)¹⁴.

Estima a experiência presente e passada do ataque da cárie dental à dentição permanente. A idade de 12 anos é adotada internacionalmente como parâmetro básico para uso do indicador. Os valores do índice correspondem aos seguintes graus de severidade: muito baixo (1,1), baixo (2,6), moderado (4,4), alto (6,5) e muito alto (6,6 e mais). Valores elevados indicam más condições de saúde bucal da população, freqüentemente associadas a condições socioeconômicas desfavoráveis, a dificuldade de acesso aos serviços e a hábitos deletérios, como alto consumo de açúcares. Também pode indicar limitado acesso ao flúor ¹⁴.

Comparando os dados de 2003 com os de 1996, no qual foram examinados somente escolares das capitais brasileiras, observa-se uma ligeira queda do índice CPO nas crianças de 12 anos de idade, de 3,1 em 1996 para 2,8^{11,15} em meta da OMS estabelecida para o ano 2000 para o índice CPO-D aos 12 anos foi de no máximo 3. Segundo esse critério, a prevalência de cárie nas crianças de 12 anos no Brasil é considerada moderada, tendo sido atingida a meta estabelecida para o ano 2000 em nível nacional¹⁴. Ainda assim, a cárie nesta idade representa um grave problema de saúde pública, merecendo a atenção dos gerentes da área da saúde, uma vez que cerca de três quintos dos dentes atingidos pela doença se encontram sem tratamento ¹³. Existem desigualdades regionais nos componentes do índice CPO-D aos 12 anos de idade. Nota-se, por exemplo, que as regiões Norte e Nordeste possuem médias mais altas de dentes cariados e perdidos quando comparadas com as outras regiões brasileiras. Além dos maiores valores de ataque de cárie, as primeiras apresentaram também as maiores proporções de dentes cariados não tratados. A análise por porte populacional revela condições mais desfavoráveis em municípios com populações menores. Por exemplo, crianças de 12 anos e adolescentes da faixa etária de 15 a 19 anos de municípios com menos de 10.000 habitantes possuem um CPO-D mais elevado, bem como uma média maior de dentes com cáries não tratadas ^{11,15}. Além disso, de uma maneira geral, adultos e idosos de cidades com menos de 50.000 habitantes apresentam médias mais baixas de dentes hígidos e médias maiores de dentes perdidos ¹⁵. Apesar da ligeira queda no valor do índice CPO-D, apontado nos últimos levantamentos, ainda assim, a cárie nesta idade representa um grave problema de saúde pública, merecendo a atenção dos gerentes da área da saúde. Da mesma forma, a hipertensão arterial requer

cuidados extras, uma vez que é um fator de risco para ocorrência de outras doenças, como infarto, acidente vascular-cerebral, dentre outras.

A taxa de prevalência de hipertensão arterial é o percentual estimado de indivíduos de 25 anos ou mais com diagnóstico de hipertensão arterial, residentes em determinado espaço geográfico, no período considerado. Estima a prevalência da hipertensão arterial na população¹⁴.

A hipertensão arterial está associada à exposição a fatores de risco, entre os quais destacam-se o consumo elevado de sal, tabagismo, estresse e obesidade. O risco de hipertensão arterial aumenta com a idade e além disso é um fator de risco para ocorrência de outras doenças, como infarto, acidente vascular-cerebral, doenças renais etc¹⁴.

De uma maneira geral, no Brasil, os maiores percentuais foram observados em cidades do sul e sudeste do país (exceto Belo Horizonte), além de Recife, o que pode estar relacionado, provavelmente, à maior proporção de idosos e ao maior acesso a serviços de saúde nessas regiões do país. Analisando os dados por faixa etária nota-se que a proporção de hipertensos aumenta com a idade¹¹.

No Brasil, a fase atual da transição epidemiológica se expressa pela manutenção da elevada mortalidade por doenças do aparelho circulatório e outras doenças crônico-degenerativas e pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. Na composição das internações por grupo de causa, observa-se um maior volume de internações relacionadas a condições crônicas, revelando assim, que os resultados encontrados na pesquisa, condizem com a realidade do Brasil e do estado de Minas Gerais⁷.

De acordo com a OMS⁶, atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de

saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas; simplesmente tratam os sintomas quando aparecem.

Os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Dessa forma os profissionais, principalmente da atenção primária, devem criar mecanismos de prevenção e controle dessas condições, necessitando rever posturas para o cuidado, adotando estratégias de forma diferenciada.

Outros indicadores foram considerados sem gravidade (mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de 5 anos, mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos, taxas de incidência de doenças transmissíveis - dengue e leishmaniose tegumentar americana e visceral) pelos profissionais da atenção primária do município, sendo que todos esses são condições agudas.

Ainda se faz necessário a comparação das informações específicas dos dados de saúde referentes ao município de Porteirinha com as percepções dos seus profissionais sobre esses problemas, para que se conheça, até que ponto as percepções são ou não coincidentes com o panorama epidemiológico da população local.

CONCLUSÃO

Todos os problemas de saúde que foram considerados graves e muito graves pelos profissionais, são condições crônicas o que condiz com o panorama epidemiológico da população brasileira.

A hipertensão arterial e a doença cárie, considerados pelos profissionais do município como problemas de saúde muito graves, são condições crônicas que exigem um tipo de abordagem diferenciada, sendo necessário o adequado conhecimento epidemiológico local, respeitando as características regionais e orientando as melhores ações.

A manutenção de uma assistência à saúde adequada é a garantia do uso ordenado dos recursos em saúde, evitando gastos desnecessários com problemas de saúde que não são realmente aqueles que afetam a população. Isso nos mostra a importância das informações de saúde como ferramenta para o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

A possibilidade de garantir uma assistência integrada, racional e de qualidade na atenção primária é fundamental para a concretização de um serviço de saúde resolutivo.

REFERÊNCIAS

1. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasil. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/>
2. Azevedo, A.L.M., Barbosa, M.G.M., Santos, J.S. Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB. Rev. Bras. Med. Farm e Com, Rio de Janeiro, v.2, nº 6, jul / set. 2006.
3. Barbosa, R.S. Seguro Social e “Seguro Agrícola”: o duplo papel da previdência social rural. Unimontes Científica. V. 5, n. 1, janeiro/julho, 2003
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB: indicadores 2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. Sistemas de informação. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=743.
5. Consumo de Álcool. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/consumoalcool.pdf>
6. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial/ Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/cronicas_-_opas.pdf
7. Eugênio Vilaça Mendes. A atenção primária à saúde no SUS. A situação epidemiológica brasileira. Disponível em: <http://www.isaude.sp.gov.br/>
8. Gomes, K.O., Cotta, R.M.M., Araújo, R.M.A., Cherchiglia, M.L., Martins T.C.P. Atenção Primária à Saúde – a ‘menina dos olhos’ do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / ISSN 1413-8123, 2009.

9. Hater R.G., Chorb D., Faersteinc E., Lopes C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde - Test-retest reliability of measures of social network in the “Pró-Saúde” Study. Rev Saúde Pública. V. 37, n.3, p.379-85 379, 2003
10. IBGE, Município de Porteirinha/MG. Estimativa da população 2009 e Informações Estatísticas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades>
11. Indicadores e dados básicos idb2008. Ministério da Saúde, Brasil, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>
12. Municípios Mineiros. Informações básicas e indicadores socioeconômicos sobre os municípios mineiros, conforme dados coletados pelo Instituto de Desenvolvimento Integrado de Minas Gerais (INDI) Disponível em: www.almg.gov.br
13. Organização Panamericana da Saúde. Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 6-12 set 1978, Alma-Ata.[3 p.]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
14. Portal de fichas de qualificação- BVS – Biblioteca Virtual da Saúde_DATASUS - Departamento de Informática do SUS / Ministério da Saúde Brasília/DF, Brasil. Acesso em: www.ripsa.org.br/fichasIDB
15. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/cnsb/publicacoes.php>
16. Ripsa - Rede Interagencial de Informação para a Saúde, Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações/ Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/indicadores.pdf>

17. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Metodologia de Alocação Equitativa De recursos: Uma proposta para Minas gerais. Belo horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, agosto, 2004.

18. Stralen, c.j.v., belisário, a.s., stralen, t.b.s., lima, a.m.d., massote, a.w., oliveira, c.l. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad. de Saúde Pública 2, Rio de Janeiro, 24(suppl. 1):148-158, 2008.

APÊNDICE A

**QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA E INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
PORTEIRINHA/MG**

Dados Pessoais:

Idade: _____ anos

Sexo: () masculino () feminino

Profissão: _____

Anos de formado: _____ anos

Anos de atuação na rede básica de saúde: _____ anos

Na sua prática profissional diária como você classifica os indicadores de saúde abaixo de acordo com a realidade vivenciada no município de Porteirinha?

Taxa de mortalidade infantil

() muito grave () grave () pouco grave () sem gravidade

Taxa de mortalidade em < 5 anos

() muito grave () grave () pouco grave () sem gravidade

Razão de mortalidade materna

() muito grave () grave () pouco grave () sem gravidade

Mortalidade proporcional por doença diarréica aguda em < 5 anos

() muito grave () grave () pouco grave () sem gravidade

Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em < 5 anos

() muito grave () grave () pouco grave () sem gravidade

Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho respiratório

() muito grave () grave () pouco grave () sem gravidade

Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas

() muito grave () grave () pouco grave () sem gravidade

Taxa de mortalidade específica por diabete melito

() muito grave () grave () pouco grave () sem gravidade

Taxa de mortalidade específica por aids

() muito grave () grave () pouco grave () sem gravidade

Taxa de mortalidade específica por doenças transmissíveis

() muito grave () grave () pouco grave () sem gravidade

Taxa de incidência de doenças transmissíveis:

Aids

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Tuberculose

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Dengue

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Leishmaniose Tegumentar americana

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Leishmaniose Visceral

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Taxa de detecção de hanseníase

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Índice CPO-D *

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Percentual de crianças 5-6 anos de idade com índice ceo-d **igual a 0

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Taxa de prevalência em pacientes com diálise

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Taxa de prevalência de aleitamento materno

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarro

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Taxa de prevalência de excesso de peso

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool

muito grave grave pouco grave sem gravidade

Taxa de prevalência de hipertensão arterial

muito grave grave pouco grave sem gravidade

* CPO-D – Índice usado para medir o número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

** ceo-d – Média do número total de dentes decíduos (de leite) cariados, com extração indicada e restaurados (obturados)

