

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UMA COMUNIDADE PERTENCENTE À ÁREA DE RISCO NA CIDADE DE FORTALEZA-CE

Epidemiological profile of a community belonging to the risk area in the city of Fortaleza-CE

Carlos Robson de Medeiros<sup>1</sup>, Rafaella Sampaio<sup>2</sup>, Márcia Oliveira Coelho<sup>3</sup>, Samuel Bastos Salvador<sup>4</sup>, Maria Salete Bessa Jorge<sup>5</sup>, Francisco José Maia Pinto<sup>6</sup>

## RESUMO

A pesquisa tem como objetivo geral a análise do perfil epidemiológico dos usuários cadastrados na microárea de risco tipo 1, na cidade de Fortaleza-Ceará. Trata-se de um estudo do tipo transversal e analítico, com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional IV da Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE, no período de agosto de 2006 a agosto de 2007. Aplicou-se um formulário semiestruturado como instrumento de pesquisa, a fim de coletar as informações. Utilizou-se o programa EXCEL e o programa Predictive Analytics Software for Windows (PASW), versão 17.0, para o tratamento dos dados. Utilizou-se a técnica de análise descritiva na base de exploração dos dados, além do teste do qui-quadrado, para verificar a existência de associação entre as variáveis envolvidas no estudo, ao nível de significância de 5%. Os resultados apontaram: uma comunidade ganhando de um a dois salários mínimos (230 - 55,8%), apenas 50 (10,6%), com ocupação formal, condições sanitárias e habitacionais precárias (159 - 38,6%), elevada quantidade de crianças fora da creche/escola (113 - 35,9%) e prevalência de doenças crônico-degenerativas entre os idosos (45 - 49,5%). Não foi identificada significância estatística com uma confiabilidade de 95% entre as categorias apresentadas: não adulto e adulto e os tipos de ocupações ( $p \leq 0,001$ ) bem como faixa etária escolar das crianças e sexo ( $p = 0,060$ ).

## ABSTRACT

The research aims to analyze the epidemiological profile of registered users in the type 1 risk micro-area in the city of Fortaleza, Ceará. This is a cross-sectional, analytical study with a quantitative approach, performed at the Center for Family Health of the Region IV Executive Secretariat of the City of Fortaleza-CE, during the period August 2006 to August 2007. We applied a semi-structured questionnaire as a research tool in order to collect the information. We used the Excel program and the Predictive Analytics SoftWare (PASW) for Windows, version 17.0, to process the data. We used the technique of descriptive analysis based on data mining, and the chi-square test, to verify the existence of an association between the variables involved in the study, at a significance level of 5%. Results showed: a community with 230 (55.8%) earning one to two minimum wages, with only 50 (10.6%) having formal employment, 159 (38.6%) with poor sanitary and living conditions, 113 (35.9%) with high number of children without daycare / school attendance, and a prevalence of chronic diseases among the elderly of 45 (49.5%). No statistical significance was identified, with a reliability of 95%, between the categories: non-adult/adult and the types of occupations ( $p \leq 0,001$ ), nor children's school age and gender ( $p = 0.060$ ). However, the existence of a highly significant association ( $p \leq 0,001$ ) was observed between the categories school age and school attendance.

- 
- <sup>1</sup> Carlos Robson de Medeiros, Mestre em Estatística e Matemática Aplicada. Docente do Departamento de Estatística e Matemática Aplicada da Universidade Federal do Ceará
- <sup>2</sup> Rafaella Sampaio, Nutricionista graduada pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Discente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (UECE). E-mail: rafaellasampaio@yahoo.com.br
- <sup>3</sup> Márcia Oliveira Coelho, Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Servidora da Prefeitura Municipal de Fortaleza
- <sup>4</sup> Samuel Bastos Salvador, Médico. Especialista em Saúde da Família ESPCE. Servidor da Prefeitura Municipal de Fortaleza.
- <sup>5</sup> Maria Salete Bessa Jorge, Enfermeira. Dra. em Enfermagem. EERP/EE/USP. Pesquisadora do CNPq. Coordenadora do Curso de Mestrado em Saúde Pública da UECE e Doutorado em Saúde Coletiva – UECE-UFC
- <sup>6</sup> Francisco José Maia Pinto, Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Pesquisador do CNPq. Docente do Centro de Ciências da Saúde: Curso de Medicina, Mestrado Acadêmico em Saúde Pública e Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente (UECE)

Porém observou-se a existência de associação altamente significativa ( $p \leq 0,001$ ) entre as categorias da faixa etária escolar e a frequência à escola. A faixa etária dos idosos não se apresentou significativa quando relacionada com sexo ( $p=0,932$ ), ocupação ( $p=0,200$ ) e tipo de doença ( $p=0,281$ ). Conclui-se que o retrato epidemiológico oriundo do estudo aponta suscetibilidade multifatorial elevada da comunidade a patologias e agravos à saúde, com flagrante dependência de políticas públicas intersetoriais, para modificação do quadro negativo atual.

**PALAVRAS-CHAVE:** Programa Saúde da Família; Área de Risco; Perfil de Saúde; Perfil Epidemiológico; Comunidade; Unidade Básica de Saúde.

## INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) implica uma proposta de definição de vínculos serviços-profissionais-usuários, com base nos núcleos familiares. Estes vínculos constituem uma estratégia de grande alcance, tendo em vista seu princípio de aumentar a cobertura assistencial, pois é o primeiro nível de contato do usuário, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Com isto, garante-se a igualdade de acesso à saúde para a população, principalmente pelo caráter humanitário e de adoção de medidas para prevenção das doenças, promoção da saúde e qualidade de vida.<sup>1</sup>

Segundo Pustai<sup>2</sup>, o PSF pretende integrar os princípios do SUS à comunidade, que tem as seguintes diretrizes oficiais: descentralização, integralidade, equidade, universalidade, hierarquização e regionalização, controle social, participação complementar do setor privado e recursos humanos.

No município de Fortaleza-CE, como uma estratégia de atenção integral, para a melhoria da qualidade de vida e dos indicadores de saúde da população, foram implantadas as equipes do PSF compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Neste processo de territorialização, foram criadas pela Prefeitura Municipal de Fortaleza as microáreas de risco que se caracterizam pela existência dos seguintes fatores: taxa de mortalidade infantil elevada, bairros ou áreas populacionais de baixa renda e a existência de locais de apoio das equipes.<sup>3</sup> Além desses fatores, foram consideradas: a seqüência das áreas de abrangência das unidades básicas já implantadas, a existência na área de organização comunitária e a possibilidade de referenciamento das unidades

The age of the elderly did not appear significant when compared to gender ( $p = 0.932$ ), occupation ( $p = 0.200$ ), and type of disease ( $p = 0.281$ ). We conclude that the picture coming from the epidemiological study indicates high multifactorial susceptibility of the community to diseases and health problems, with a clear reliance on intersectoral public policies, to change the current negative picture.

**KEYWORDS:** Family Health Program; Risk Zone; Health Profile; Epidemiological Profile; Community; Basic Health Unit.

básicas, ou seja, foram observadas a distância geográfica e as vias de acesso.<sup>3</sup>

A partir desta análise, as equipes do PSF em conjunto com os agentes de saúde e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde dividiram a cidade em quatro níveis de risco, de acordo com a localização e perfil socioeconômico, distribuindo-se em quatro microáreas.

As microáreas de risco tipo 1 são definidas como áreas de risco social elevado (áreas sem pavimentação, habitações em áreas irregulares e desordenadas e comunidades historicamente conhecidas na cidade, como “favelas”) cadastradas pela Defesa Civil Municipal. Nestas áreas, a distribuição de pessoas por cada microárea, ou território de atuação do Agente de Saúde é de cerca de 500 pessoas.<sup>4</sup>

As microáreas de risco tipo 2 são as áreas de vizinhança das áreas de risco 1, mas que não possuem suas características peculiares. São áreas de população de baixa renda, que possuem recursos sociais básicos como: água tratada, pavimentação, casa de tijolos e ruas definidas. A distribuição por microárea é de aproximadamente 700 pessoas.<sup>4</sup>

As microáreas de risco tipo 3 contemplam a população residente que possui acesso à escola, lazer e trabalho e as condições de habitação: própria ou alugada. Nestas áreas, a população possui telefone, água tratada e acesso à rede de esgoto. A distribuição de pessoas é de, aproximadamente, 1000 usuários para cada microárea. Finalmente, as microáreas de risco tipo 4 são formadas pelos grandes condomínios fechados da cidade, nos bairros nobres, onde o padrão das habitações é peculiar da classe média alta.<sup>4</sup>

Neste contexto, é importante salientar que o estudo se reveste de significativa importância para o campo da saúde coletiva, à medida que representa uma possibilidade de contribuir para o trabalho das Equipes do PSF, no sentido

de se estabelecerem estratégias de atenção à saúde. Estas estratégias estão de acordo com as políticas nacionais de ações voltadas para ciclos de vida, do Ministério da Saúde.

Tendo em vista que as áreas de risco 1 são prioritárias nas ações das equipes de saúde da família, o objetivo deste estudo foi o de descrever o perfil socioeconômico dos usuários cadastrados nas microáreas de risco tipo 1, na cidade de Fortaleza-Ceará.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal, analítico, com abordagem quantitativa, realizado em uma comunidade de risco 1, conhecida como Comunidade Maravilha, localizada às margens do Canal que corta a BR 116 e que é atravessada pela linha férrea do Centro de Saúde da Família, da Secretaria Regional IV (SER IV), da Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE, no período de agosto de 2006 a agosto de 2007. O local foi escolhido para a realização desta pesquisa, por ser um centro com equipes de PSF que atuam em áreas classificadas de risco 1.

A população adstrita do Centro de Saúde da Família possui 39.840 usuários. Utilizou-se a amostragem por conveniência de todas as 412 famílias que residem nesta área de risco 1 e que correspondem a uma amostra de 1405 usuários.

Foram incluídas na pesquisa somente as famílias que possuíam as fichas de cadastro completamente preenchidas e que pertenciam à área de risco 1.

Para atender ao objetivo do estudo, foram utilizadas as seguintes variáveis: renda familiar, tipo de casa, número de cômodos, destino do lixo, destino dos dejetos, presença de animais domésticos na residência, participação em grupos na comunidade, tipo de serviço de saúde mais utilizado, meio de comunicação e meio de transporte mais utilizado. Além dessas variáveis, foi investigado, de acordo com a faixa etária: alfabetização, frequência na escola, ocupação e doenças mais prevalentes.

No estudo optou-se por trabalhar com os ciclos de vida estabelecidos pelo Ministério da Saúde<sup>5</sup>:

- **saúde da mulher (10 a 49 anos):** 10 a 11 anos (crianças); 12 a 18 anos (adolescentes); 19 a 24 anos (adultos jovens) e de 25 a 49 anos (adultas);
- **saúde da criança (0 a 10 anos):** 0 a 3 anos (idade de creche); 4 a 5 anos (pré-escolar) e 6 a 10 anos (escolares);
- **saúde do idoso (acima de 60 anos).**

Como instrumento de pesquisa, foi utilizado um formulário semiestruturado para a coleta de dados, existentes nas fichas de cadastro das famílias.

Utilizou-se o EXCEL e o programa estatístico Predictive Analytics Software for Windows (PASW), versão 17.0, para o tratamento dos dados.

Utilizou-se a técnica de análise estatística descritiva dos dados, na base de exploração dos dados referentes às frequências absolutas, percentuais e paramétricas. Posteriormente, foi realizado um estudo analítico, envolvendo a técnica de análise estatística qui-quadrado, para identificar as variáveis que estavam associadas aos ciclos de vida.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), tendo sido aprovado para fins de sua realização, de acordo as normas do mencionado comitê (Processo nº 08341069-4). Após a aprovação, previamente, no início do estudo, fez-se um contato com a Coordenação do Centro de Saúde, com a finalidade de expor a proposta, e solicitar autorização para a realização da pesquisa.

## RESULTADOS

Em relação à tabela 1, observou-se que a maioria das famílias (230 - 55,8%) ganha de um a dois salários mínimos; (330 - 80,1%) possuem casa de alvenaria; 252 (61,2%) dispõem de coleta pública de lixo e apenas 159 (38,6%) usam fossa séptica; 274 (66,5%) residem em ambientes constituídos por dois a quatro cômodos; 303 (73,5%) não participam de grupo religioso; 410 (99,5%) não fazem parte de cooperativas; 397 (96,4%) não participam de associação comunitária; 371 (90,0%) possuem o aparelho de televisão; 404 (98,1%) utilizam o ônibus, como meio de transporte; 286 (69,4%) usam os serviços de saúde; e 385 (93,4%) fazem uso da Unidade Básica de Saúde (UBS).

A partir da tabela 2, observou-se que, dos 1405 residentes, correspondentes às 412 famílias desta área de risco, tipo I, na Comunidade Maravilha, apenas 473 (33,7%) são usuárias do Programa Saúde da Mulher, sendo a maioria, composta por mulheres adultas 255 (54,1%).

Após análise dos dados destas 473 mulheres, verificou-se que existe uma predominância do trabalho informal, 140 (29,6), sendo em grande parte de adultos (114 - 24,1%). Entre os 131 (27,7%) estudantes, a maior parte (127 - 26,8%) é estudante não adulto.

Analisando-se os dados das crianças pertencentes a esta Comunidade, observa-se que entre as 412 famílias estudadas, 315 (76,5%) possuem crianças, que fazem parte do Programa Saúde da Criança, da Comunidade Maravilha.

Em relação à distribuição das crianças segundo as categorias de faixa etária escolar por sexo, pode-se observar um equilíbrio na distribuição das crianças por sexo, não

sendo identificada associação estatística entre as categorias de faixa etária escolar das crianças e sexo ( $p=0,060$ ). No entanto, a frequência escolar é representada pela maioria (202 - 64,1%) das crianças pesquisadas, observando-se a existência de associação altamente significativa ( $p\leq 0,001$ ) entre as categorias da faixa etária escolar e a frequência à escola.

**Tabela 1** - Dados relativos às famílias: socioeconômicos, participação em grupos, utilização de meios de comunicação, transporte e serviços de saúde, na Comunidade Maravilha, Fortaleza-CE, 2006-2007.

VARIÁVEIS	N = 412	%
<b>Renda Familiar (Salário Mínimo)</b>		
Menos de 1	172	41,8
De 1 a 2	230	55,8
Mais de 2	10	2,4
<b>Tipo de Casa</b>		
Tijolo	330	80,1
Material Aproveitado	82	19,9
<b>Destino do Lixo</b>		
Coleta Pública	252	61,2
Céu Aberto	160	38,8
<b>Destino dos Dejetos</b>		
Céu Aberto	253	61,4
Fossa Séptica	159	38,6
<b>Número de Cômodos</b>		
1 cômodo	59	14,3
2 a 4 cômodos	274	66,5
5 a 10 cômodos	79	19,2
<b>Participação da Família em Grupos na Comunidade</b>		
<b>Grupos Religiosos</b>		
Sim	109	26,5
Não	303	73,5
<b>Cooperativa</b>		
Sim	2	0,5
Não	410	99,5
<b>Associação Comunitária</b>		
Sim	15	3,6
Não	397	96,4
<b>Uso de Televisão</b>		
Sim	371	90,0
Não	41	10,0
<b>Utilização de Transporte</b>		
<b>Ônibus</b>		
Sim	404	98,1
Não	8	1,9
<b>Utilização de Serviços de Saúde</b>		
<b>Hospital</b>		
Sim	126	30,6
Não	286	69,4
<b>Unidade Básica de Saúde</b>		
Sim	385	93,4
Não	27	6,6

**Tabela 2** - Distribuição da ocupação segundo a faixa etária das mulheres que fazem parte do Programa Saúde da Mulher da Comunidade Maravilha. Fortaleza-CE, 2006-2007.

Ocupação	Não adulto		Adulto		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dona de Casa	29	6,1	77	16,3	106	22,4
Estudante	127	26,8	4	0,8	131	27,7
Trabalho Formal	11	2,3	39	8,2	50	10,6
Trabalho Informal	26	5,5	114	24,1	140	29,6
Nenhuma	25	5,1	21	4,4	45	9,3
<b>Total</b>	<b>218</b>	<b>45,8</b>	<b>255</b>	<b>54,1</b>	<b>473</b>	<b>100,0</b>

Analisando-se a tabela 4, observou-se que existiam apenas 91 idosos nesta Comunidade que participavam do Programa Saúde do Idoso e representavam 6,5% da população de residentes da Comunidade Maravilha.

Encontrou-se, ainda, que a maioria (46 - 50,5%) possuía acima de 66 anos, era do sexo masculino (62 - 68,1%) analfabeto (47 - 51,6%) e não apresentava nenhum tipo de doença (46 - 50,5%). Em grande parte, esta população de idosos é composta por aposentados (44 - 48,4%). Com uma confiabilidade de 95%, não houve significância estatística quando se relacionou faixa etária dos idosos com sexo ( $p=0,932$ ), ocupação ( $p=0,200$ ) e tipo de doença ( $p=0,281$ ).

## DISCUSSÃO

Constitui-se fato insofismável que tanto os princípios como os métodos da epidemiologia são usados nas pesquisas de serviços de saúde. No planejamento em saúde, medidas epidemiológicas são empregadas para determinar as necessidades em saúde de uma comunidade, tanto no presente como no futuro.<sup>6-9</sup>

Conhecer a estrutura e a dinâmica do espaço social da comunidade é o primeiro passo para a caracterização de situações de saúde, bem como propiciar o estabelecimento do contexto no qual um evento de saúde ocorre, contribuindo para o entendimento dos processos socioambientais envolvidos.<sup>10</sup>

No que se refere ao perfil socioeconômico, diferentes resultados foram apresentados no estudo desenvolvido por Fonseca e Silva<sup>11</sup>, realizado em um município de Minas Gerais. Embora este tenha sido realizado em uma comunidade rural, observou-se que não há registro de famílias que ganham menos de um salário mínimo, sendo que a maior parte das famílias possui renda superior a três salários mínimos.<sup>11</sup>

**Tabela 3** - Distribuição das crianças por faixa etária escolar segundo o sexo. Comunidade Maravilha, Fortaleza-CE, 2006-2007.

VARIÁVEL	FAIXA ETÁRIA ESCOLAR								p-valor 0,060
	Creche		Pré-Escolar		Escolar		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>SEXO</b>									
Feminino	57	18,1	32	10,2	66	21,0	155	49,2	
Masculino	51	16,2	31	9,8	78	24,8	160	50,8	
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>34,3</b>	<b>63</b>	<b>20,0</b>	<b>144</b>	<b>45,7</b>	<b>315</b>	<b>100,0</b>	
<b>FREQUÊNCIA NA ESCOLA</b>									<b>≤0,001</b>
Sim	7	2,2	52	16,5	143	45,4	202	64,1	
Não	101	32,1	11	3,5	1	0,3	113	35,9	
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>34,3</b>	<b>63</b>	<b>20,0</b>	<b>144</b>	<b>45,7</b>	<b>315</b>	<b>100,0</b>	

**Tabela 4** - Distribuição dos idosos das famílias de acordo com a faixa etária, sexo, escolaridade, tipo de ocupação e tipo de doença da Comunidade Maravilha, Fortaleza-CE, 2006-2007.

VARIÁVEIS	N = 412	%
<b>Faixa Etária</b>		
60-66 anos	45	49,5
Acima de 66 anos	46	50,5
<b>Sexo</b>		
Feminino	29	31,9
Masculino	62	68,1
<b>Escolaridade</b>		
Alfabetizado	44	48,4
Não alfabetizado	47	51,6
<b>Tipo de Doença</b>		
Nenhum tipo	46	50,5
Hipertensão	34	37,4
Outras ( <i>diabetes, Epilepsia, Tuberculose Defic. Mental</i> )	11	12,1
<b>Tipo de Ocupação</b>		
Aposentado	44	48,4
Trabalho informal	31	34
Donas de casa	16	17,6

Para Giatti e Barreto<sup>12</sup>, a saúde é influenciada pela posição socioeconômica e esta relação se opera por diversos caminhos, sejam por meio de comportamentos, efeitos biológicos, fatores psicossociais, seja por recursos diferenciais para tratamento, prevenção e promoção da saúde.

Deste modo, segundo Lacerda, Calvo e Freitas<sup>10</sup>, as pessoas que se encontram em desvantagem social correm o risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços de saúde.

Esse risco enquadra-se nos critérios probabilísticos de associação estatística causal, por ter componentes claramente evidenciados nos 'cânones de Mill', em que o aumento da probabilidade de uma associação estatística causal sofre influência direta dos seguintes fatores de associação: força, consistência, especificidade, plausibilidade biológica e presença de relação dose-resposta.<sup>13</sup>

A comunidade não tem participação efetiva em grupos de cooperativas, grupo religioso e associação comunitária. A esse respeito, segundo Buss e Pellegrini Filho<sup>14</sup> destacam a necessidade de se buscar a criação de redes de apoio na comunidade, a fim de fortalecer a organização e participação das pessoas, especialmente dos grupos vulneráveis, em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem estar.

Os autores fazem referência também às desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento dos vínculos e associações entre pessoas e grupos da comunidade, mostrando que as comunidades mais unidas e participativas possuem melhores níveis de saúde.

Entre as famílias pesquisadas, a grande maioria utiliza a televisão como meio de comunicação e utiliza o ônibus como meio de transporte. Nesse sentido, as famílias pesquisadas têm acesso a um dos principais meios de comunicação que é a televisão e aos meios de transporte, facilitando o acesso à informação e o seu deslocamento.

A televisão é o meio de comunicação mais utilizado para o entretenimento e a educação, representando uma grande fonte de informações sobre o mundo e transmitindo aos mais diversos lugares dados sobre como as pessoas se comportam, se vestem, o que pensam, como aparentam ser e como se alimentam.<sup>15</sup>

No que se refere aos ciclos de vida, os resultados mostraram que, com relação à saúde da criança, o PSF da área

atende 315 crianças na idade escolar, distribuídas nas categorias creche, pré-escolar e escolar, sendo que ainda é alta a quantidade de crianças fora da creche ou da escola. De acordo com o levantamento das redes sociais de apoio feito pelas equipes do PSF, a área dispõe apenas de uma creche filantrópica que somente oferece vagas para crianças acima de dois de idade. Nesse sentido, as ações do PSF devem estar voltadas para a identificação dessas crianças e precisa-se trabalhar em conjunto com as mães ou cuidadoras a saúde da criança, bem como na creche junto aos cuidadores.

Com relação aos registros sobre frequência escolar, ainda encontramos relevante valor de não frequência à escola, o que parece respaldar o achado de que adultos jovens já estejam fora da escola e inseridos no mercado de trabalho.

O que chama atenção é a quantidade de adultos jovens no mercado informal de trabalho e que não referiram ocupação. Se considerarmos que o contexto de área de risco 1, onde residem, repercute nas condições de saúde, a identificação deste grupo pelas equipes de PSF pode contribuir para a articulação das redes sociais de apoio a fim de favorecer a capacitação e a inserção no mercado de trabalho formal.

A este respeito, Mendes e Donato<sup>16</sup> referem que as equipes da saúde da família devem estar em constante processo de conhecimento e desvelamento do território de sua responsabilidade, possibilitando desse modo a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e no controle das condições que podem interferir na sua saúde e da coletividade onde vivem e trabalham.

Com relação à saúde da mulher, as usuárias estão distribuídas de acordo com a idade e a alfabetização. Porém, na realidade estudada, ainda persiste um percentual considerável de mulheres não alfabetizadas. Giatti e Barreto<sup>12</sup> referem que a educação se mostra importante para explicar o nível da desigualdade social, devido a questões da mão de obra qualificada para o trabalho, ou seja, quanto menor a educação, menor acesso ao mercado de trabalho, menor renda, conseqüentemente menor acesso à alimentação, à moradia digna entre outros fatores necessários à manutenção de saúde de qualidade.

No que se refere à situação de emprego, o trabalho informal está mais frequente entre a categoria de adulto. Também a esse respeito, Giatti e Barreto<sup>12</sup> comentam que o aumento do desemprego e o crescimento dos vínculos precários de trabalho reforçam a necessidade de que a situação no mercado de trabalho também seja considerada nos estudos das desigualdades em saúde.

Com relação à saúde do idoso no Programa Saúde do idoso, observa-se que ainda existe um grande número de

idosos não aposentados e inseridos no mercado informal. Tal fato pode ser gerado pela falta de informação sobre os meios legais de aposentadoria bem como pela necessidade de manutenção da renda para sustento dos familiares, já que, na aposentadoria, a renda reduz de forma considerável.

De acordo com Paz, Santos e Edit<sup>17</sup>, o envelhecimento da população associa-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como à mudança no perfil epidemiológico e demandas dos serviços de saúde.

Baseado nesses dados, percebe-se que o baixo registro de doenças nesses grupos pode estar relacionado às questões de subregistro e às questões da sazonalidade. No caso dos idosos, apenas 37,4% apresentam hipertensão arterial. Provavelmente exista grande parte dos idosos sem acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, baixa identificação de doenças crônicas degenerativas oriundas do processo de envelhecimento. Para Paz, Santos e Edit<sup>17</sup>, conhecer a vulnerabilidade de grupos populacionais possibilita mobilizar profissionais e população civil, por meio de um processo educativo construtivista, para transformações sociais.

A esse respeito, Barcellos *et al.*<sup>18</sup> comentam que os lugares, dentro de uma cidade ou região, são resultados de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças.

## CONCLUSÃO

Os instrumentos de coleta padronizados disponíveis no PSF permitiram o diagnóstico inicial do perfil epidemiológico da comunidade de risco 1 estudada e levantaram a perspectiva de comparação fiel de tais informações em sítios geográficos diferentes, possibilitando um posterior traçado multicêntrico de realidades demográficas e epidemiológicas.

O estudo da realidade demográfica e epidemiológica da comunidade mostrou desestruturação em todos os quesitos componentes do conceito amplo de saúde, apresentando perfil deletério de: renda, escolaridade, saneamento, habitação, distribuição etária, ocupação formal e rede social de apoio como condicionantes diretos de influência nos fatores comportamentais, ambientais, nutricionais, sociais e serviços de saúde do risco epidemiológico com enfoque nos ciclos de vida.

O retrato epidemiológico oriundo do estudo aponta suscetibilidade multifatorial elevada da comunidade a patologias e agravos à saúde, com flagrante dependência de políticas públicas intersetoriais para modificação do quadro negativo atual. A complementação do estudo em

uma rede multicêntrica, enfocando diversas áreas de risco distintas, certamente fornecerá subsídios necessários para o aprimoramento do trabalho de equipes de PSF, bem como das políticas públicas adjuvantes.

## REFERÊNCIAS

1. Sousa MF. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002.
2. Pustai OJ. O sistema único de saúde no Brasil. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.17-21.
3. Fortaleza. Prefeitura Municipal. Normas operacionais do programa saúde da família 2000. Fortaleza. [Citado em 2010 jun. 10]. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/>
4. Fortaleza. Prefeitura Municipal. Microáreas. [Citado em 2010 jun. 10]. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov/microarea/>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Ações Programáticas Estratégicas. [Citado em 2010 jun. 10]. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>
6. Spitzer WO, Feinstein AR, Sackett A. What is a health care trial?. *Journal of the American Medical Association*. 1975; 233(1):161-3.
7. Holland WW, Karhausen L. *Health Care and Epidemiology*. Boston: Hall and Company; 1979.
8. Knox EG. *Epidemiology in Health Care Planning*. Oxford: Oxford University Press; 1979.
9. Levine S, Lilienfeld A. *Epidemiology and Health Policy*. New York: Tavistock Publications; 1987.
10. Lacerda JT, Calvo MCM, Freitas SFT. Diferenciais intra-urbanos no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: potencial de uso para o planejamento em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(5):1331-8.
11. Fonseca EP, Silva MNS. Análise do desenvolvimento socioeconômico na comunidade rural de vertente – norte de Minas Gerais. XIX Encontro Nacional de Geografia Agrária, São Paulo; 2009. p.1-14.
12. Gatti L, Barreto SM. Situação do indivíduo no mercado de trabalho e iniquidade em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1): 99-106.
13. Susser M. *Causal Thinking in the Health Sciences*. New York: Oxford University Press; 1973.
14. Buss PM, Pellegrini Filho, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis (Rio J)*. 2007; 17(1):77-93.
15. Almeida SS, Nascimento PCBD, Quaioti TCB. Quantidade e qualidade de produtos alimentícios anunciados na TV brasileira. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(3):353-5.
16. Mendes R, Donato A. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. *SANARE*. 2003; 4(1):39-42.
17. Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(3):33-42.
18. Barcellos CC, Sabroza PC, Peiter P, Rojas LI. Organização espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe epidemiológico do SUS*. 2002; 11(3):129-38. [Citado em 2010 maio 10]. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>.

---

Submissão: dezembro de 2010

Aprovação: outubro de 2011

---