

Universidade Federal de Mato Grosso
Instituto de Saúde Coletiva
Graduação em Saúde Coletiva

Perfil epidemiológico da população do bairro Vila Boa
Esperança em Várzea Grande, Mato Grosso – 2016.

Éricka Walleska Santana da Cruz

Trabalho de Conclusão do Curso de Saúde Coletiva apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, para a obtenção do Título de Graduação em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Marina Atanaka

Cuiabá

2016

**Perfil epidemiológico da população do bairro Vila Boa Esperança
em Várzea Grande, Mato Grosso – 2016**

Éricka Walleska Santana da Cruz

Trabalho de Conclusão do Curso de Saúde Coletiva apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, para a obtenção do Título de Graduação em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Marina Atanaka

Cuiabá

2016

DEDICATÓRIA

Primeiramente à Deus, pois sem ele nada seria possível!

Aos meus queridos pais Mauricio e Domingas, e a todos da minha família e amigos, e em especial minha filha Lethícia, pelo carinho e compreensão em todos os momentos da minha jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado a oportunidade desta formação, por todas as graças derramadas em minha vida.

Aos meus pais e toda minha família, por tudo que sempre fizeram por mim, pelo exemplo, amizade, carinho e amor, fundamentais na construção do meu caráter.

Ao meu esposo Admilson e a minha filha Lethicia por toda paciência, carinho e compreensão, durante todo o período em que me dedique ao curso.

Aos servidores da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT, campus Cuiabá, do Instituto de Saúde Coletiva – ISC, pela paciência e disposição em sempre ajudar quando necessário.

Aos meus amigos e colegas de turma, pelo companheirismo, em especial Hellen Patrícia.

À professora Dra. Marina Atanaka, minha orientadora, pela generosidade em aceitar desenvolver esta pesquisa e por compartilhar o seu conhecimento.

RESUMO

CRUZ, E. W. S. **Perfil epidemiológico da população do bairro Viala Boa Esperança em Várzea Grande, Mato Grosso – 2016.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em saúde coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2016.

Introdução: A saúde coletiva é um campo complexo e amplo, uma vez que o seu conceito está associado a compreensão do que é saúde, não apenas em indivíduos, mas grupos sociais e sociedade. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico da população do bairro Vila Boa Esperança, cadastradas no sistema e-SUS. **Método:** Trata-se de um estudo transversal. A população estudada é a população residente no bairro Vila Boa Esperança, Várzea Grande – MT. Foram incluídos todos os residentes que estavam cadastrados no e-SUS. A coleta de dados deu-se por meio de fichas de cadastramento domiciliar e individual. Os dados foram processados no programa Microsoft Office Excel 2010. **Resultados:** Das 276 famílias cadastradas 90% possuem moradia própria. A densidade de moradores é de 1,8 por dormitório. Os domicílios em sua maioria são considerados adequados. A renda familiar concentra-se na faixa de 1 a 2 salários. A população feminina equivale a 52% da população total, sendo que 80% delas se declararam ser responsáveis pela família. 66% da população autodeclararam-se como de raça/cor não branca, é assalariada, em sua maioria só estudou até a 8ª série e adoecem principalmente por Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. **Discussão:** Os domicílios estudados apresentaram-se melhores que os apresentados em outros estudos. A população é constituída principalmente por mulheres jovens, responsáveis pela família. O desemprego foi maior entre os declarados da raça/cor não branca e baixa escolaridade. As condições/situações de saúde apresentaram frequência menor comparada a estudos à nível regional e nacional. **Conclusão:** A população do bairro Vila Boa Esperança, apresentou condições de moradia/habitação favoráveis a manutenção de uma vida digna. Situações/ condições de saúde melhores que outros estudos. Porém o estudo evidenciou a necessidade de algumas mudanças e/ou melhorias por parte dos gestores e profissionais, evidenciadas no registro do e-SUS, apesar de serem os menos frequentes.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Sistemas de Informação em Saúde. e-SUS.

ABSTRAT

CRUZ, E. W. S. **Epidemiology of neighborhood population Vila Good Hope in Varzea Grande, Mato Grosso – 2016.** Completion of course work (degree in public health) - Institute of Public Health. Federal University of Mato Grosso. Cuiabá, 2016.

Introduction: Public health is a complex and wide field, since its concept is associated with the understanding of what is health, not only in individuals, but social and society groups. **Objective:** To describe the epidemiological profile of the Good Hope Village neighborhood population, registered in the system e-SUS. **Method:** This is a cross-sectional study. The study population is the population living in the neighborhood Vila Boa Esperança, Várzea Grande - MT. all residents who were cadastrdos in e-SUS are included. The data collection took place through household and individual registration forms. Data were processed in Microsoft Office Excel 2010. **Results program:** Of the 276 families registered 90% have their own housing. The density of inhabitants is 1.8 per bedroom. The homes are mostly considered adequate. Family income is concentrated in the range of 1 to 2 wages. The female population is equivalent to 52% of the total population, and 80% of them declared themselves to be responsible for the family. 66% of the population declared themselves as race / non-white, is paid mostly only studied up to 8th grade and get sick mainly by hypertension and diabetes mellitus. **Discussion:** The households studied showed up better than those shown in other studies. The population is principamente for young women of the household. Unemployment was higher among declared race / non-white and low education. The conditions / health situations presented less frequently compared to studies on a regional and national level. **Conclusion:** The population of the neighborhood Vila Boa Esperança presented housing conditions / housing favorable to maintaining a dignified life. Situations / health conditions better than other studies. But the study showed the need for some changes and / or improvements of managers and professionals, evidenced in e-SUS registry, although they are less frequent.

Keywords: Primary Health Care; Information Systems in Health. e-SUS.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CnR	Consultório na Rua
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS AB	Software de alimentação do SISAB
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitário de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNIS	Política Nacional de Informática e Informação em Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Caracterização do tipo de material predominante na construção das paredes externas dos domicílios, Vila Boa Esperança – Várzea Grande – MT, 2016..	29
Figura 2 – Distribuição das famílias da Vila Boa Esperança, segundo Renda Familiar, Várzea Grande-MT, 2016.....	29
Figura 3 – Forma de tratamento da água nos domicílios da população da Vila Boa Esperança, Várzea Grande-MT, 2016.....	30
Figura 4 – Figura 4 – Tipos de animais presentes nos domicílios da população da Vila Boa Esperança, Várzea Grande-MT, 2016.....	31
Figura 5 - Distribuição da população de estudo, segundo a idade e sexo. Vila Boa Esperança, Várzea Grande-MT, 2016.....	31
Figura 6 - Responsável familiar, segundo sexo. Vila Boa Esperança, Várzea Grande-MT, 2016.....	32
Figura 7 – Distribuição das variáveis ocupacionais da população da Vila Boa Esperança, Várzea Grande-MT, 2016.....	33
Figura 8 – Grau de escolaridade da população da Vila Boa Esperança, Várzea Grande-MT, 2016.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos domicílios da Vila Boa Esperança, segundo critérios de avaliação dos domicílios, de acordo com o IBGE – Várzea Grande – MT, 2016.....	28
Tabela 2 – Caracterização das variáveis sociodemográficas, segundo Local de Nascimento, Raça/cor e Situação Conjugal, da população da Vila Boa Esperança-Várzea Grande – MT, 2016.....	32
Tabela 3 – Caracterização das condições/situação de saúde da população da Vila Boa Esperança – Várzea Grande – MT, 2016.....	35
Tabela 4 – Frequência da condição/situação de saúde da população do Vila Boa Esperança (2016), comparado a frequência da região centro oeste e Brasil, segundo PNS, 2013.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	15
4.2 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	16
4.2.1 O e-SUS AB	17
4.3. SAÚDE E AMBIENTE	17
4.3.1 Água e Saúde	17
4.3.2 Controle e qualidade da água tratada.....	18
4.3.3 Saneamento e saúde	19
4.3.4 Resíduos sólidos	19
4.3.5 Esgoto	20
4.4 HABITAÇÃO	21
4.5 NECESSIDADES E PROBLEMAS E DE SAÚDE.....	21
4.6 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	22
5 MÉTODO	25
5.1 Tipo de estudo.....	25
5.2 População estudada	25
5.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	26
5.4 Coleta e fonte de dados	25
5.5 Processo e análise de dados	25
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
6.1 População de estudo.....	27
6.2 Características das condições de moradia.....	27
6.3 Características socioeconômicas e ocupacionais.....	31

6.4 Condições de saúde.....	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
8 REFERÊNCIAS	39
ANEXOS	41
Anexo 1 - Ficha de Cadastro Domiciliar.....	41
Anexo 2 - Ficha de Cadastro Individual	42

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva é um campo complexo e amplo, uma vez que o seu conceito está associado a compreensão do que é saúde, não apenas em indivíduos, mas grupos sociais e sociedade. Busca compreensão dos determinantes em sua saúde, suas práticas de promoção e prevenção de doenças e agravos. Um dos principais desafios é a mudança do modelo biomédico para os novos modelos assistenciais e de gestão, voltadas para a qualidade de vida (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2000).

A Atenção Primária à saúde (APS) é uma estratégia que compõe o primeiro nível de cuidado, onde são realizadas práticas integrais de saúde, fazendo parte de uma rede de atenção hierarquizada (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012). Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2007).

O estudo das características comuns a diversas populações orienta a organização de serviços de saúde, conformando sistemas. Já o estudo de características particulares de cada população (aspectos ambientais, socioeconômicos, demográficos, culturais e de saúde) orienta a organização local de cada serviço (CONASS, 2007).

Em 1998 foi implantada o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) para criar um banco de dados com informações sobre famílias e indivíduos. Eram coletadas por meio de fichas de cadastramento e acompanhamento para subsidiar o planejamento e a gestão das ações na unidade básica de saúde (MS, 2004). Porém, o SIAB possui muitas limitações, pois não continha dados importantes como comportamento de risco, desemprego, renda familiar entre outros (BITTAR et al., 2009).

A implantação do e-SUS AB é uma proposta nova de informatização dos processos de trabalho, oriunda do SIAB, que permite avaliar e acompanhar todo o processo de trabalho, fortalecendo a gestão do cuidado dos usuários em um dado território, facilitando a busca de informações epidemiológicas e levantamento de problemas e características particulares das populações (MS, 2014a).

Através das informações obtidas a partir de sistemas de saúde pôde-se verificar a distribuição de determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações e a aplicação destes resultados no controle de problemas de saúde (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR, 2001). Com vigilância epidemiológica é possível reunir informações para conhecer a história das doenças, assim como seus fatores condicionantes e determinantes, com a finalidade de recomendar medidas de prevenção e controle de determinadas doenças (BRASIL, 2005).

2 JUSTIFICATIVA

A Saúde Coletiva busca responder às necessidades de saúde das populações por meio de estudo da realidade e do contexto, conhecendo os determinantes sociais e biológicos, participando de formulações de políticas, intervindo sobre os problemas de saúde por meio de ações e serviços.

Portanto, se faz necessário conhecer o perfil de uma determinada população, para que assim consigamos responder a vários condicionantes e determinantes que se relacionam, entre a oferta e a necessidade do serviço público.

Ressalta-se que o e-SUS AB ainda está em processo de implantação, e o presente trabalho é um pioneiro, tratando-se de levantamento de dados através do cadastros domiciliares e individuais do e-SUS AB.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil epidemiológico da população residente no bairro Vila Boa Esperança, cadastradas no sistema e-SUS, Município de Varzea Grande, Mato Grosso, 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar as condições de moradia segundo saneamento, tipo de habitação;
- Caracterizar a população segundo idade, sexo, raça/cor, escolaridade e renda,;
- Identificar os principais problemas de saúde;

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

O SUS foi idealizado durante a reforma sanitária, na década de 60, mas esse movimento só ganhou força na década de 1980, proponha reforma social centrada nos princípios de democratização da saúde, do Estado e da sociedade. É um sistema universal de saúde, previsto na constituição federal brasileira e que garante a assistência gratuita das ações e serviços de saúde (PAIM, 2008).

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi criada como forma de reorganizar do sistema e serviços, a partir de um modelo simplificado e de baixo custo, contrapondo o modelo biomédico e os altos gastos com saúde nos sistemas de saúde mundiais, visando à promoção da saúde (PAIM, 2008).

A Atenção Primária consiste em um nível de Saúde que é “a porta de entrada” no sistema para todas as novas necessidades e problemas, oferta atendimento para pessoa no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, pode ser definida como um conjunto de funções que são exclusivas da atenção primária. Difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da doença à longo prazo por várias características, lida com problemas menos definidos e mais comuns, geralmente em unidades comunitárias como centros de saúde (STARFIELD, 2002).

De acordo com Starfield (2002) a atenção primária de saúde pode ser distinguida dos outros tipos de atenção pelas características das clínicas dos pacientes e seus problemas. Estas características incluem a variedade de problemas observados, um componente dedicado a prevenção de doenças e um alto índice de pacientes que já são acompanhados pela unidade de saúde. O sistema de saúde possui duas principais metas. A primeira consiste em empregar conhecimento sobre causas das doenças, manejo de enfermidades e maximização da saúde. A segunda é minimizar as diferenças entre subgrupos populacionais.

A Atenção Primária de Saúde envolve o atendimento de pacientes que geralmente tem múltiplas queixas e diagnósticos confusos que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamento que melhorem a qualidade de vida e de seu

funcionamento. As unidades de atenção primária devem envolver uma maior porção dos atendimentos a pacientes que recebem atenção continuada do que aqueles que chegam pela primeira vez (STARFIELD, 2002).

Na década de 90 surge o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) que posteriormente transformou em Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como proposta de superar os modelos de assistência, financiamento, gestão e qualificação de recursos humanos (AQUINO et al., 2014).

O e-SUS AB tem como proposta, interligar os diversos SIS que compõe a APS, na tentativa de construir uma única plataforma de entrada de dados, o que contribuirá pra diminuir o retrabalho para os profissionais das UBS (AQUINO et al., 2014).

4.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Os sistemas de informação devem fazer a articulação dos dados nos diversos setores, garantindo a aplicabilidade, sustentabilidade e orientação para os objetivos para o qual foi definido, mantendo assim o processo de trabalho nas instituições (GUIMARÃES e ÉVORA, 2004).

Essa ferramenta é um importante recurso computacional, utilizado como instrumento de trabalho, atualizando o profissional com informações necessárias e aprimorando o cuidado no seu processo de trabalho (BENITO e LICHESKI, 2008). Devem fazer a articulação dos dados nos diversos setores, garantindo a aplicabilidade, sustentabilidade e orientação para os objetivos para o qual foi definido, mantendo assim o processo de trabalho nas instituições (GUIMARÃES e ÉVORA, 2004).

São essenciais para os serviços de saúde, uma vez que a informação é um instrumento primordial na gestão do trabalho, porque ela garante o gerenciamento, monitoramento e avaliação do trabalho em saúde, eles constituem uma ferramenta de apoio às atividades e à tomada de decisão, resultando em profissionais mais capacitados no atendimento dos serviços de saúde (BENITO e LICHESKI, 2008).

4.2.1 O Sistema de Informação e-SUS AB

O e-SUS AB é pautado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Política Nacional de Informática e Informação em Saúde (PNIIS) e também pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), além de suportar ações das Políticas Nacionais de Alimentação e Nutrição (PNAN), de Saúde Bucal (PNSB) e de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). O sistema deverá e poderá ser utilizado por todas as equipes que compõem a AB, como: Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua (CnR) e Atenção Domiciliar (AD), e também servirá para fazer acompanhamento dos Programa Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde (MS, 2013b).

O softwares CDS utiliza sete fichas, sendo elas: Ficha de Cadastro Domiciliar, Ficha de Cadastro Individual, Ficha de Atendimento Individual, Ficha de Atendimento Odontológico, Ficha de Procedimentos, Ficha de Atividade Coletiva e Ficha de Visita Domiciliar (MS, 2014d). É por meio destas das informações coletadas nas sete fichas, é que o e-SUS AB alimentará o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), que se constituirá de um banco de dados centralizado (MS, 2014b).

As fichas de Cadastros Domiciliares e de Cadastros Individuais são preenchidas pelos agentes de saúde durante as visitas domiciliares e posteriormente digitadas por eles mesmos. O cadastro do domicílio e o cadastro dos indivíduos deve ser feito na primeira vez em que o ACS vai na casa.

Em Várzea Grande o e-SUS AB encontra-se implantado em todas as unidades de saúde. Porém, algumas dessas unidades encontram-se com déficit em computadores, por causa de constantes furtos.

4.3 AMBIENTE E SAÚDE

4.3.1 Água e Saúde

O principal benefício que a água potável proporciona a saúde pública é a prevenção de doenças infecciosas intestinais. Essas doenças são de baixa letalidade, porém possuem alta

endemicidade. Tem efeitos devastador já que atingi principalmente as crianças menores de cinco anos de idade, causando desnutrição e dificultando o crescimento e desenvolvimento (PHILIPPI JR, 2005).

Diversas doenças podem ser veiculadas através da água. O mecanismo de transmissão mais comum é o da ingestão, diretamente relacionados à qualidade da água, por meio da qual um indivíduo sadio ingere água contaminada com nocivos à saúde e a presença desse componente provoca o aparecimento de doenças. O segundo mecanismo está intimamente relacionado à quantidade insuficiente de água, ocasionando hábitos de higiene inadequados. Outro mecanismo refere-se à situação de água no ambiente físico, proporcionando condições que favoreçam a vida e à reprodução de vetores ou reservatórios de doenças (BRASIL, 2006).

É importante lembrar que tanto a quantidade de água quanto a sua qualidade e regularidade no fornecimento são fatores condicionantes e determinantes para o acometimento de doenças no ser humano (BRASIL, 2006).

4.3.2 Controle e qualidade da água distribuída

A qualidade da água distribuída é controlada pela portaria nº 1.469/2000 do Ministério da Saúde, ela estabelece normas e padrões. Conforme essa portaria as prestadoras de serviços devem ser encaminhadas para as Secretarias Estaduais de saúde, ou órgãos equivalentes, relatórios que comprovem o efetivo cumprimento de suas disposições. Essa qualidade das águas muda ao longo dos anos, em função de fatores meteorológicos e da eventual sazonalidade de lançamento de poluentes. (PHILIPPI JR, 2005).

O controle e a vigilância, não dispensam os cuidados que a população ter no trato com as instalações hidráulicas, como caixa d'água, aparelhos sanitários e tubulações internas. A caixa d'água tem função de suprir a interrupção do abastecimento por um dia e constitui um objeto sujeito a contaminação quando não mantida de forma adequada, ou seja, devidamente limpa e tampada, com limpezas regulares. (PHILIPPI JR, 2005).

PHILIPPI JR (2005), afirma que durante a construção dos diversos sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário e drenagem urbana faz-se necessário a

aplicação de técnica correta para evitar situações que provoquem contaminações por interferências mútuas, que tem sido causas de muitas epidemias.

A capacidade de autodepuração dos corpos receptores dos efluentes e a diluição da carga poluidora, pelo recebimento de afluentes om melhor qualidade são grandes aliados do homem na preservação das águas. (PHILIPPI JR, 2005).

4.3.3 Saneamento e Saúde

As modificações ambientais que decorreram dos processos de ocupação dos espaços e de urbanização, que vêm ocorrendo desde os séculos XIX e XX, impõem taxas incompatíveis com a capacidade suporte dos ecossistemas naturais. A análise dos impactos dessas modificações pode ser feita sob o enfoque da mudança nos padrões de produção e consumo. (PHILIPPI JR, 2005).

O padrão de consumo é definido pela quantidade e qualidade de utilização dos recursos naturais para a produção de bens de consumo e atendimento as necessidades da sociedade para alimentação, moradia, lazer, transporte e outros, e o padrão de produção é a forma de exploração e transformação dos recursos naturais para atendimentos às necessidades humanas. (PHILIPPI JR, 2005).

4.3.4 Resíduos sólidos

Geralmente as atividades humanas, vem produzindo cada vez mais uma série de resíduos , que de uma forma ou de outra , são depositadas no ambiente. A emissão de resíduos pode ocorrer durante todo o ciclo de vida de um produto, desde a extração inicial dos materiais, passando pelo processamento, distribuição, consumo do produto e chegando até a rejeição final. (PHILIPPI JR, 2005).

Áreas de ocupação irregular, onde se instalam favelas, são geralmente formadas por entremeios poluídos por lixos de diversas naturezas. Dessa forma, o homem se insere em biocenoses, dividindo o mesmo ambiente com animais reservatórios de diversas doenças, vetores mecânicos e biológicos, e um grande número de agentes patogênicos que contaminam todo o meio. (PHILIPPI JR, 2005).

Embora exista tecnologias para o tratamento e manejo adequado do lixo produzido pelo ecossistema urbano, existe também falhas frequentes nessa esfera e, como consequência, o lixo aparece jogado ou amontoado em algum lugar. (PHILIPPI JR, 2005).

Quando o lixo é lançado nesse local, sem emprego de tecnologias, ou se estas são falhas, geram-se agravos ambientais que caracterizam os chamados “lixões”. Do lixo doméstico podem vir agentes patogênicos que perduram contaminando o ambiente. Os materiais orgânicos podem servir de alimento a animais que ali frequentam como animais domésticos, aves e artrópodes. As moscas que geralmente infestam essas áreas, conhecidas como vetores mecânicos, carregam uma diversidade de microorganismos, ficando a população sobre o risco de diversas doenças. (PHILIPPI JR, 2005).

4.3.5 Esgoto

Da água de abastecimento que entra no sistema urbano, a maior parte, após a sua utilização nos afazeres domésticos, transforma-se em esgoto. Dessa maneira, o esgoto doméstico é composto por matérias orgânicas e inorgânicas nas formas dissolvidas, coloidal e em suspensão, e se apresentam em diferentes proporções de acordo com as características de cada local. (PHILIPPI JR, 2005).

É no deságue do esgoto, que se evidencia o estresse ambiental. O efeito está logicamente na dependência de fatores como vazões de afluentes e do córrego receptor. (PHILIPPI JR, 2005).

Sistemas de tratamento tecnológico corretos são menos detrimntosos ao ambiente, mas mesmo assim não deixam de apresentar problemas. (PHILIPPI JR, 2005).

4.4 HABITAÇÃO

Em decorrência do acelerado processo de urbanização, o que se observa na atualidade é a expansão desordenada da malha urbana, tornando o fato um dos mais problemáticos. Em países como o Brasil, a classe rica se confina em condomínios luxuosos fechados em áreas nobres, em decorrência das pressões da violência, a população mais pobre vivem em lugares de risco, como várzeas sujeitas a inundações. (PHILIPPI JR, 2005).

A boa qualidade da habitação é um dos itens considerados pela Organização Mundial de Saúde para a aferição dos níveis de qualidade de vidas das populações. Os principais aspectos são:

- Estrutura da habitação;
- Grau de abastecimento de água quantitativa e qualitativamente adequado;
- Disposição e posterior manejo adequado de resíduos sólidos, líquidos e excretas;
- Qualidade da área que se localiza a habitação;
- Excesso de habitantes (risco de transmissão e doenças e acidentes domésticos).
- Poluição no ambiente doméstico decorrente da queima de combustível para o preparo de alimentos ou para o aquecimento;
- Presença de vetores e/ou hospedeiros intermediários de agentes etiológicos;
- A habitação como ambiente de trabalho (aspectos de saúde ocupacional).

Percebe-se então que a maior parte das habitações populares do Brasil não contempla vários desses requisitos. (PHILIPPI JR, 2005).

4.5. NECESSIDADES E PROBLEMAS DE SAÚDE

As necessidades podem ser representadas pelas condições que possibilitam gozar a saúde, um dado modo de andar a vida. Podendo ser distinguida em necessidades de saúde (doenças, riscos, carências, vulnerabilidade e projetos, passíveis de serem sanados por vários

setores como alimentação, saneamento, habitação, educação, arte etc) e necessidades de serviços de saúde (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014).

Mesmo que muitas intervenções sejam centradas em problemas, a face mais aparente de necessidades de saúde, cabe frisar que as pessoas e a sociedade cada vez mais expressam como necessidades projetos e ideais saúde (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014).

De acordo com PAIM e ALMEIDA-FILHO (2014) em uma acepção geral, o conceito de necessidade corresponde a fenômenos biológicos referidos a faltas, carências do organismo, do ambiente ou do grupo. No caso de necessidades em saúde, poderiam ser definidas como carências relacionadas com a manutenção das condições de sobrevivência e desenvolvimento pleno das capacidades dos indivíduos e grupos de uma mesma população.

A ideia de problema geralmente traz um sentido negativo que precisa de resolvido. Quando se discute problemas de saúde, aparecem os danos, com mortes, doenças e agravos, sequelas, riscos, carências e vulnerabilidade, que são expressadas por meio de taxas e desigualdades. Assim define-se como problema de saúde como representação social de necessidade de saúde, sendo derivadas de condições de vida e formuladas por um determinado ator social (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2010).

De acordo com Paim e Almeida- Filho (2010), os problemas de saúde não se restringem a danos como doença, acidente e carência. Também inclui os riscos. Os riscos podem ser entendidos como a chance ou probabilidade de ocorrência de um evento. Conhecendo a probabilidade de ocorrência de um fenômeno, pode-se pensar em intervenções para promoção da saúde e prevenção de doenças.

4.6 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

LESSA (1998) apud ROUQUAYROL e ALMEIDA-FILHO (2003) refere que as “doenças crônicas não transmissíveis” é um grupo caracterizado por incluir doenças com história prolongada, causa necessária desconhecida, especificidade desconhecida, longo período de latência, curso assintomático, multiplicidade de fatores de risco complexos, ausência de participação duvidosa de microorganismos entre determinantes, lesões celulares

irreversíveis, curso clínico em geral lento e evoluções para graus variados de incapacidade ou morte.

Nas doenças crônicas não transmissíveis inclui-se as doenças cardíacas e as cerebrovasculares, a hipertensão, o diabetes e os cânceres (ROUQUAYROL e ALMEIDA-FILHO, 2003).

A hipertensão arterial consiste em um problema de saúde que vem causando grande impacto médico e social em razão das diferentes complicações cardiovasculares que pode vir a desencadear. O diagnóstico da referida patologia é feita pela demonstração de valores de pressão arterial sistólica maior que 140mmHg e/ou de valores de pressão arterial diastólica maior que 90mmHg após duas ou mais medições da pressão arterial, realizadas com intervalos de algumas semanas entre elas (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014).

Os pacientes hipertensos que apresentam maiores níveis de pressão arterial apresentam risco maior de desenvolverem alguma complicação. Essa patologia pode contribuir para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, doença rebovascular, doença vascular periférica, insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca. Porém podem ser prevenidas com controle adequado dos níveis pressóricos, mudança de hábitos, redução na ingestão de sal e bebidas alcoólicas, perda de peso e tratamento medicamentoso (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014).

O diabetes mellitus é caracterizada por um estado de hiperglicemia (aumento na concentração de glicose no sangue) determinado por redução da ação da insulina sobre todas as células do organismo, fenômeno conhecido por resistência a insulina, ou por redução na produção da insulina pelo organismo (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014).

Paim e Almeida-Filho (2014) explica que o diabetes tipo 1 é causada por uma deficiência na produção da insulina pelas células beta dos pâncreas, costuma tornar o paciente dependente do uso de uma medicação a base de insulina para compensar a falta do hormônio no organismo. Esse tipo de diabetes parece resultar de uma combinação de predisposição genética e exposição a fatores ambientais poucos conhecidos que precipitariam uma reação auto-imune contra as células beta do pâncreas. Cerca de 10% dos pacientes tem diabetes tipo 1 (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014).

Paim e Almeida- Filho (2014) afirma que forma mais frequente de diabetes mellitus é o tipo 2, ela atinge 90% da população. A sua etiologia não está bem estabelecida, sabe-se que existe um componente genético que predispõem indivíduos com história familiar da doença a maior risco de também desenvolver-la. Costuma ter evolução lenta e assintomática no início da doença. Entretanto o seu diagnóstico tardio pode causar diversas complicações como retinopatia, insuficiência vascular periférica e nefropatia.

As neoplasias consiste em um conjunto de diferentes doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células. Essas células neoplásicas malignas costumam ter um comportamento agressivo, de invasão dos tecidos e órgãos . Além de poderem alcançar a corrente sanguínea ou a circulação linfática e disseminar-se para outros órgãos, originando as metástases. A causa dessa doença são diversas e incluem fatores hereditários e ambientais (PAIM e ALMEIDA-FILHO, 2014).

Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças no padrão de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas (MENDES, 2011).

5 MÉTODO

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo de delineamento exploratório, no qual o desenho adotado para investigação é transversal, também chamado de seccional. De acordo com ALMEIDA FILHO e ROQUAYROL (2003) este tipo de estudo são investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo. É um tipo de estudo epidemiológico no qual o fator e efeito são observados num mesmo momento histórico.

5.2 População Estudada

A população do bairro Vila Boa Esperança, fica situada na região do grande Cristo Rei, no município de Várzea Grande – MT. O bairro conta a 276 domicílios, de acordo com o cadastro do e-SUS .

A população estudada são os residentes no bairro Vila Boa Esperança, cadastradas na Equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, do Centro de Saúde do bairro da Cohab Cristo Rei, em Várzea Grande – MT.

5.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

- Inclusão: Todos os cidadãos que residem no bairro Vila Boa Esperança que estavam cadastrados no Sistema e-SUS.
- Exclusão: Os residentes do bairro que não estavam cadastrados no Sistema e-SUS.

5.4 Coleta e Fonte dos dados

A coleta das informações se deu nos domicílios do bairro Vila Boa Esperança, nos anos de 2014, 2015 até 29 de fevereiro de 2016, por meio das “Fichas de Cadastro Domiciliar” e “Fichas de Cadastro Individual” (Anexo 1 e 2).

Os responsáveis pela coleta de dados são os Agentes Comunitários de Saúde das microáreas selecionadas, pois os cadastros fazem parte do seu processo de trabalho. Esses agentes de saúde foram treinados, em 2014, pelo setor da Tecnologia da Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Grande.

5.5 Processo e Análise dos dados

Para o processamento dos dados foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2010.

A descrição das variáveis dos dados quanto as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e morbidade foram apresentadas em tabelas e gráficos contendo frequências simples e relativa.

Os dados foram disponibilizados pela Superintendência da Atenção básica Várzea Grande - Mato Grosso, com o compromisso da entrega do trabalho concluído sobre o bairro. Ainda por ter caráter exploratório, este trabalho esta sendo submetido ao comitê de ética aguardando resposta.

6 RESULTADOS e DISCUSSÃO

6.1 População de Estudo

Os dados do E-SUS no ano de 2015 apontavam que a população residente no bairro Vila Boa Esperança era constituída por 265 domicílios. Já em fevereiro de 2016, haviam 11 domicílios a mais, provavelmente novas famílias constituídas com extensão de domicílios anteriores “puxadinho” Entretanto, no momento da análise os dados foram atualizados. Desta forma foram analisados 276 domicílios.

Esta população conta com cobertura de uma Equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, cuja área adstrita abrange nove bairros, sendo: Cohab Cristo Rei, Nossa Senhora de Santana, Jardim União, Hélio Ponce de Arruda, Loteamento Boa Vista, Lagoa do Jacaré, São Sebastião, Cristo Rei e Vila Boa Esperança. A Equipe foi implantada no ano 2000 e na época contava com um (01) enfermeiro e vinte e dois (22) agentes comunitário. Atualmente, é composta por 10 ACS, 01 enfermeira e 01 médico clínico geral do Programa “Mais Médicos” do governo federal.

O Vila Boa Esperança está dividido em duas microáreas, cada uma das microáreas tem um Agente Comunitário de Saúde que fica responsável por visitar os moradores daquela região.

6.2 Características das Condições de Moradia

A moradia é um dos itens que fazem parte das necessidades básicas humana. A qualidade de vida de uma população pode ser determinada através da sua condição de moradia, sendo assim, a moradia necessita atingir padrões mínimos de serviços de infraestrutura básica e espaço físico que seja suficiente para a pessoa ter uma vida com qualidade e dignidade (IBGE, 2002).

Das 276 famílias cadastradas, 90% (249) possuem moradia própria, 9% (25) são alugadas e 1% (02) cedidas. Todas são localizadas na zona urbana, possuem energia elétrica,

ruas asfaltadas, rede encanada de água até o domicílio, rede de esgoto e coleta de lixo. A densidade de moradores por dormitório é 1,8, com média de 83% domicílios considerados adequados para a maioria (IBGE, 2002).

A densidade de moradores por dormitório é um indicador que expressa a qualidade de vida na moradia, que em conjunto com as características constitutivas e a disponibilidade de serviços básicos de infra-estrutura, tem influência marcante na saúde da população (IBGE, 2002).

Tabela 1 – Características dos domicílios da Vila Boa Esperança, segundo critérios de avaliação dos domicílios, de acordo com o IBGE – Várzea Grande – MT, 2016.

Domicílios adequados para a moradia	% de domicílios adequados	Até 2 moradores por dormitório	Rede geral de água	Rede de esgoto	Coleta de lixo
Brasil 2002	50,6%	76,3%	82%	68,1%	84,8%
Mato Grosso 2002	29,7%	76%	66%	46,8%	73%
Vila Boa Esperança 2016	83%	83%	100%	100%	100%

*São consideradas moradias adequadas os domicílios que cumprem, simultaneamente, os seguintes critérios: densidade de moradores por dormitório até 2 (dois), rede geral de abastecimento de água, esgotamento por rede geral ou fossa séptica e coleta de lixo direta ou indireta.

Segundo IBGE (2002), no Brasil 50,6% dos domicílios eram considerados adequados, em Mato Grosso apenas 29,7%. Atualmente, o bairro Vila Boa Esperança tem 83% dos domicílios considerados adequados, percebe-se a influência negativa do critério de até 2 moradores por dormitório. Evidenciando, que as famílias estão aumentando o número de membros, mas permanece com o mesmo número de dormitórios (Tabela 3).

Quanto as moradias 89% (N=211) são de alvenaria com revestimento, 5% (N=51) também são de alvenaria, porém sem revestimento e 6% (N=14) são de madeira emparelhada (Figura 1).

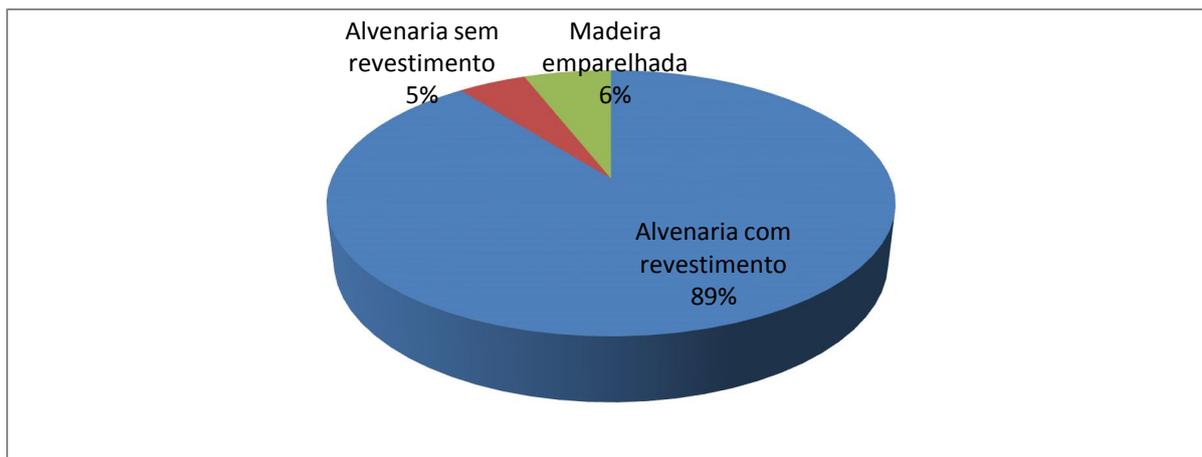


Figura 1 – Caracterização do tipo de material predominante na construção das paredes externas dos domicílios, Vila Boa Esperança – Várzea Grande – MT, 2016.

Com relação às características dos domicílios, um estudo realizado em Cascavel no Paraná (SILVA et al., 2007), encontrou frequência de 70% dos domicílios em alvenaria, frequência menor do que a encontrada nos domicílios do bairro Vila Boa Esperança, onde a frequência para domicílios em alvenaria chega a 94%.

A renda familiar concentra-se na faixa de 1 a 2 salários mínimos, (116) famílias com 2 salários mínimos e (98) com 1 salário mínimo. Das 256 famílias, 14 famílias sobrevivem com menos de $\frac{1}{2}$ salário e apenas 46 possuem renda maior que 4 salários.

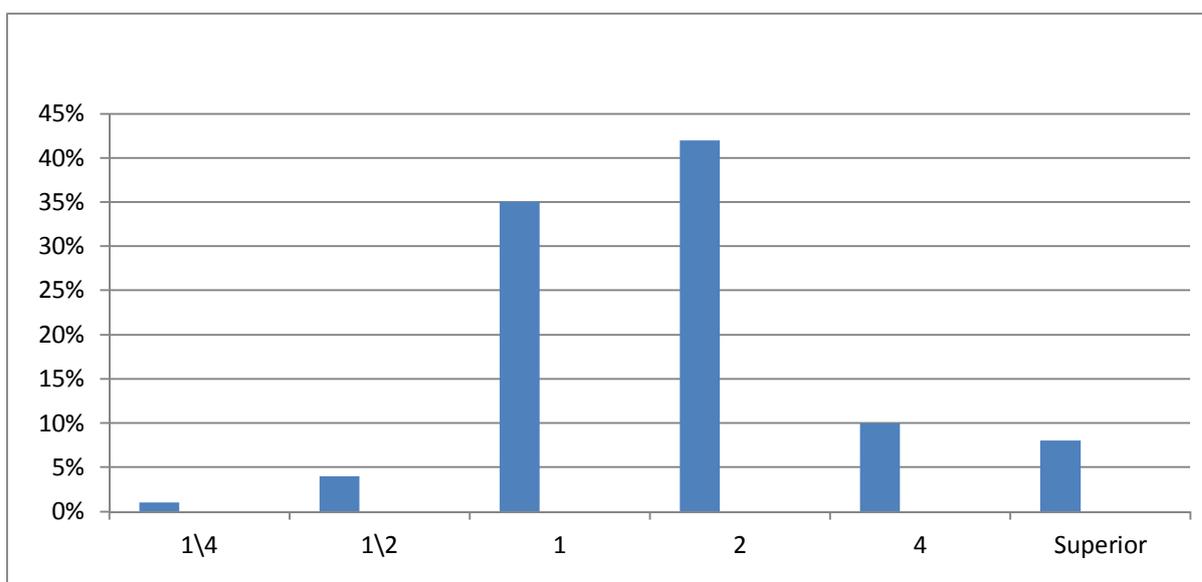


Figura 2 – Distribuição das famílias da Vila Boa Esperança, segundo Renda Familiar, Várzea Grande-MT, 2016.

As 14 famílias com renda inferior a $\frac{1}{2}$ salário são compostas em sua maioria possuem em sua composição pelo menos uma pessoa idosa, no qual a fonte de renda de toda família se restringe ao que o idoso ganha.

A maior parte da água consumida pelas famílias se dá sem nenhum tipo de tratamento no domicílio, 230 (83%) das famílias fazem uso da água direto da rede encanada de água, 43 (16%) filtram, e apenas 3 (1%) fervem a água. Entende-se que a população receba água potável, pois todas as famílias possuem rede encanada de água.

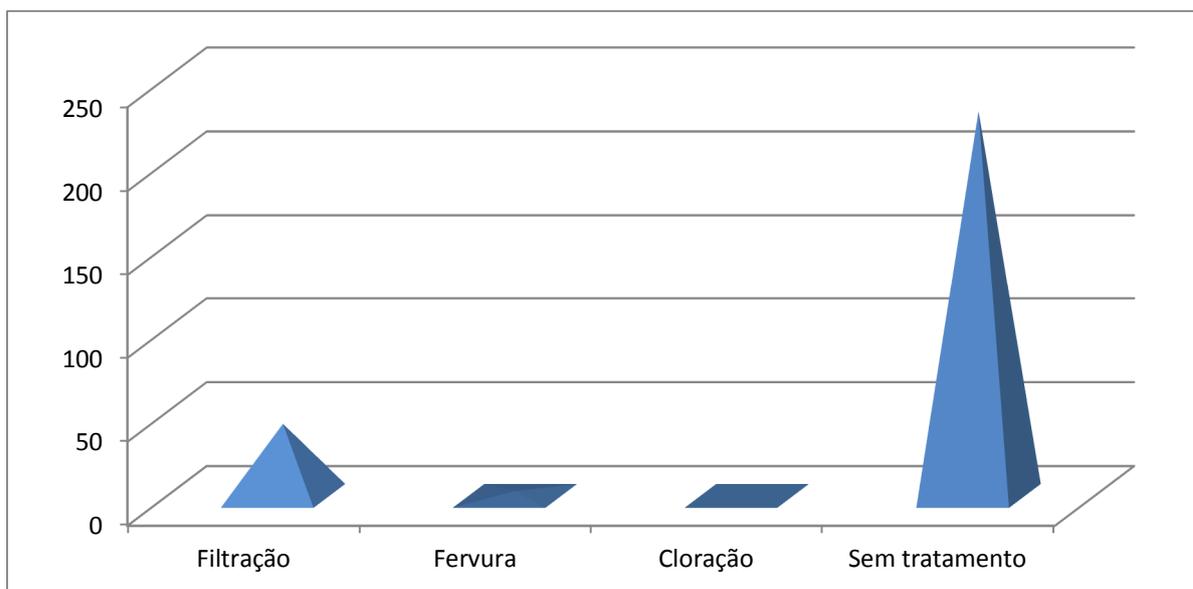


Figura 3 – Forma de tratamento da água nos domicílios da população da Vila Boa Esperança, Várzea Grande-MT, 2016.

A presença de animais deu-se em 59% (164) das residências. Os cachorros foram os animais mais presentes com 82% (211), seguidos dos gatos com 15% (39). Observa-se que mesmo residindo em zona urbana, muitas pessoas ainda possuem o hábito de ter em sua casa animais de criação.

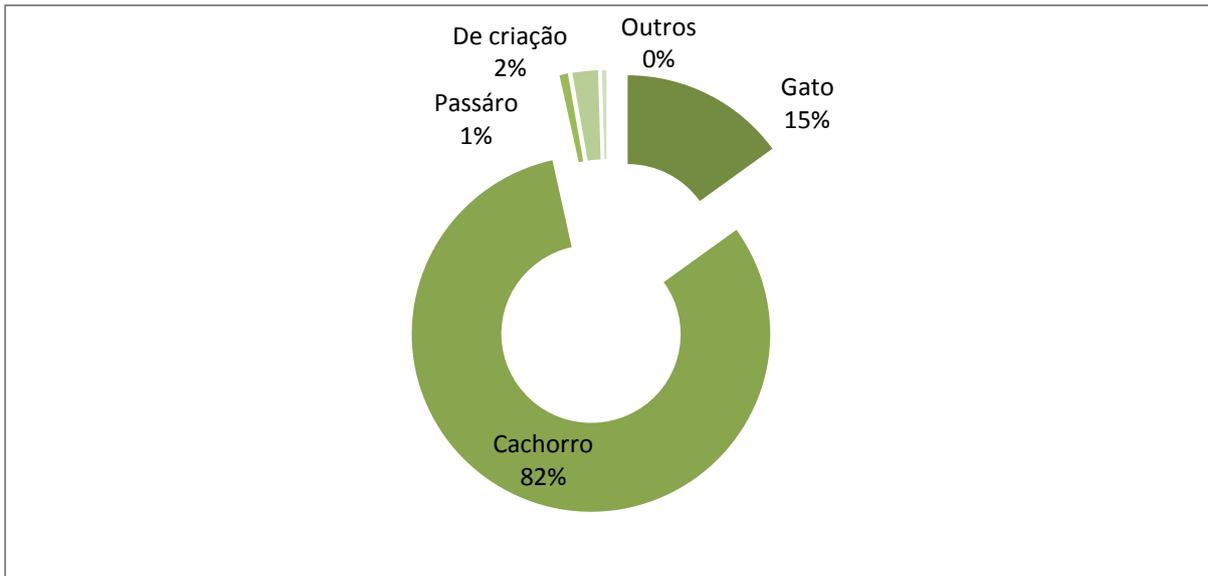


Figura 4 – Tipos de animais presentes nos domicílios da população da Vila Boa Esperança, Várzea Grande-MT, 2016.

6.3 Características sócio-demográficas e ocupacionais

Das 1.155 pessoas cadastradas, foi encontrada a frequência de 48% (n=552) para o sexo masculino e 52% (n=599) para o sexo feminino, a média de idade é de 33,27 anos para as mulheres e para os homens é 30,88. A faixa etária com maior número de mulheres é a de 41 a 50 anos, já para os homens é a de 21 a 30 anos. Conforme demonstrado na figura 5.

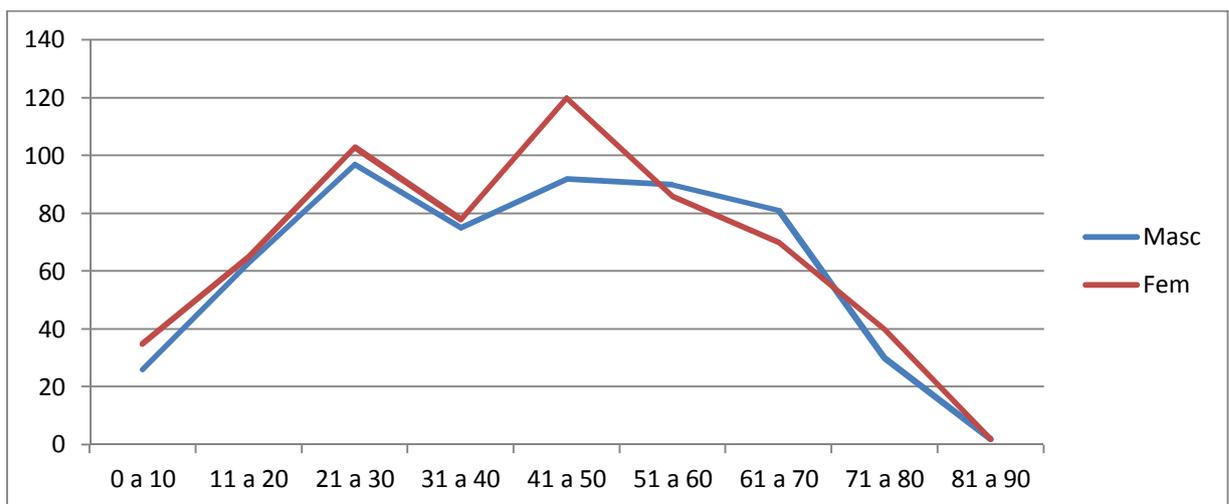


Figura 5 - Distribuição da população de estudo, segundo a idade e sexo. Vila Boa Esperança, Várzea Grande-MT, 2016.

Constatou-se que dos 256 responsáveis pelas famílias, a maioria são mulheres, com 80% (n=204) e 20% (n=52) são homens. Dentre as mulheres que são responsáveis pelas famílias 62 são casadas e 6 tinham o companheiro desempregado.

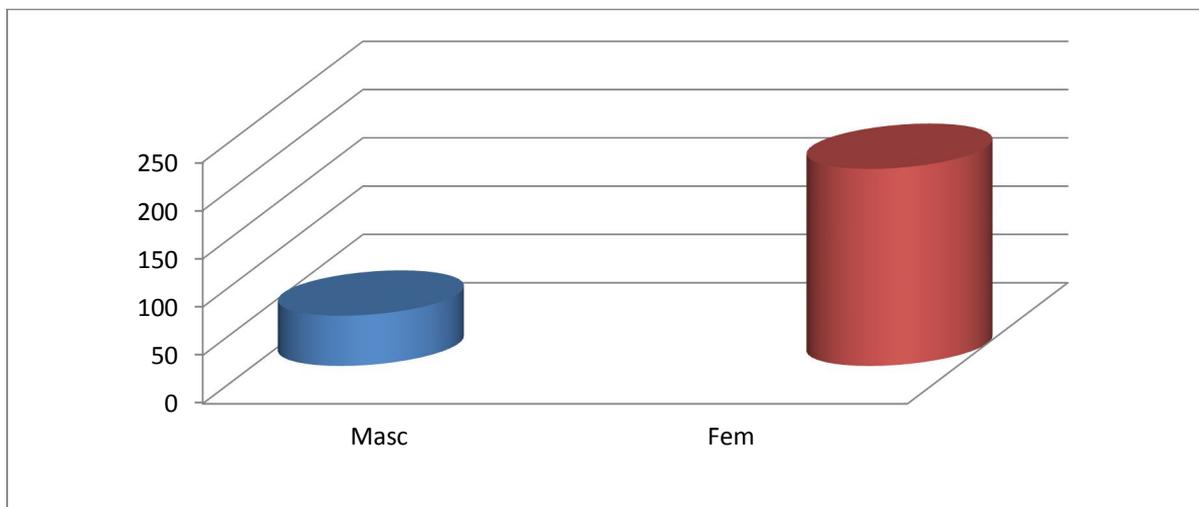


Figura 6 - Responsável familiar, segundo sexo. Vila Boa Esperança, Várzea Grande-MT, 2016.

O local de nascimento mais frequente foi a região Centro Oeste com 846, sendo 768 só em Mato Grosso, seguida das regiões Nordeste com 117, Sudeste com 81, Sul com 64 e Norte com 47.

Tabela 2 – Caracterização das variáveis sociodemográficas, segundo Local de Nascimento, Raça/cor e Situação Conjugal, da população da Vila Boa Esperança – Várzea Grande – MT, 2016.

Local de Nascimento	N	%
Sul	64	6%
Sudeste	81	7%
Centro Oeste	846	73%
Norte	47	4%
Nordeste	117	10%
Mato Grosso	768	66%
Raça / Cor		
Branca	87	8%

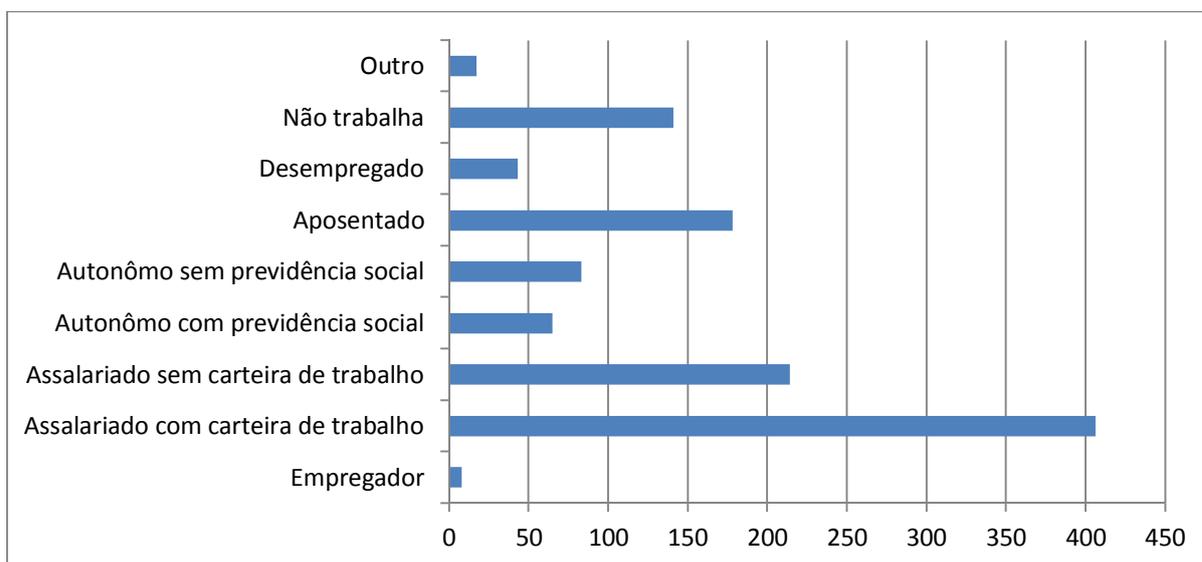
Parda	879	76%
Amarela	0	0%
Preta	189	16%
Indígena	0	0%

Situação Conjugal

Solteiro	643	60%
Casado	214	20%
Divorciado	112	11%
Viúvo	67	6%
Outro	214	20%

A raça/cor predominante foi a de parda com 879, preta com 189 e branca 87. Na situação conjugal 60% da população é solteira, 20% casada, 11% divorciada e 6% viúva.

Na figura 7 , nota-se que a maioria da população é assalariada, com carteira assinada (n=406), seguidos daqueles sem carteira assinada (n=214).



* Para a distribuição das variáveis ocupacionais considerou-se a idade mínima de 16 anos.

Figura 7 – Distribuição das variáveis ocupacionais da população da Vila Boa Esperança, Várzea Grande-MT, 2016.

Os aposentados também apresentam um número importante $n= 178$, os autônomos sem previdência ($n=83$) e os com previdência ($n=65$), 141 não trabalham, 43 estão desempregados e apenas 8 são empregadores.

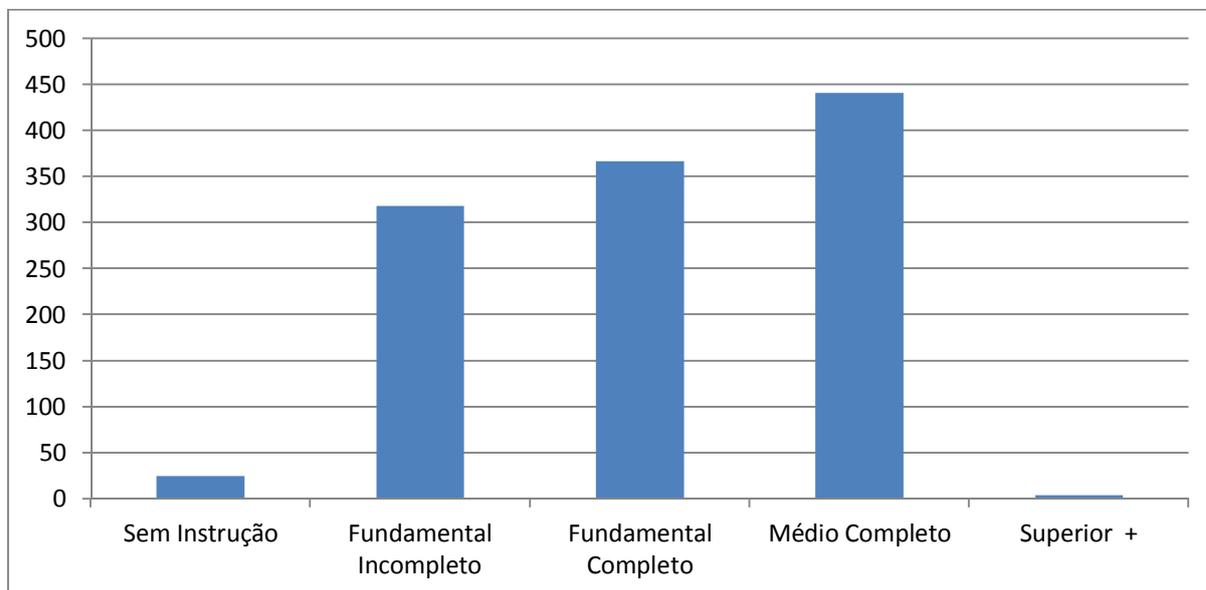


Figura 8 – Grau de escolaridade da população da Vila Boa Esperança, Várzea Grande-MT, 2016.

A maioria da população está na faixa de nenhum estudo até a 8ª série do ensino fundamental, apenas 38% possuem o ensino médio, dos 43 desempregados a maioria é de cor não branca (40).

Os resultados do presente trabalho apontam que a população do bairro Vila Boa Esperança é em sua maioria constituída por mulheres com idade média de 33,27 anos, que se autodeclararam responsáveis pela família. Dessas mulheres 62 são casadas e 6 delas declararam que os companheiros estavam desempregados.

Essa população (73%) nasceu na região centro oeste, onde 92% são de cor não branca, 60% solteiros e grande parcela assalariada.

No caso dos desempregados ($n=43$), evidenciou-se que o desemprego está mais frequente nos indivíduos de raça/cor não branca (pardos e negros) e grau de escolaridade baixa (inferior ao ensino fundamental).

6.4 Condições de Saúde

Em relação às doenças, a hipertensão arterial apresentou maior frequência 8% (85) da população estudada, observou-se maior proporção nas mulheres com 62%, que em relação aos homens, com 38%.

As doenças respiratórias ficaram em segundo com 3% (34), diabetes mellitus 2% (21), dependência ou abuso de álcool 1% (09), dependência de outras drogas 1% (07).

Doença cardíaca (03), doença renal (02), Acidente Vascular Cerebral (02), hanseníase (01), tuberculose (01) e Câncer (02), não chegaram a 1%.

Tabela 3 – Caracterização das condições/situação de saúde da população da Vila Boa Esperança – Várzea Grande – MT, 2016.

Condições / Situações de saúde	Pop		Masc		Fem	
	N	%	N	%	N	%
Fumante	18	2	12	67	6	33
Dependente ou abuso de álcool	09	1	6	67	3	33
Dependente ou abuso de outras drogas	07	1	5	71	2	29
Hipertensão arterial	85	8	32	38	53	62
Diabetes Mellitus	21	2	8	38	13	62
Acidente Vascular Cerebral / Derrame	02	0	02	100	0	0
Doença Cardíaca	03	0	02	67	01	33
Doença Renal	02	0	01	50	01	50
Doença Respiratória	34	3	19	56	15	44
Hanseníase	01	0	01	100	0	0
Tuberculose	01	0	0	0	01	100
Câncer	02	0	02	100	0	0
Internação nos últimos 12 meses	16	2	11	69	5	31
Tratamento com psiquiatra ou internação	02	0	02	100	0	0

por problemas de saúde mental						
Acamados	04	0	03	75	01	25
Domiciliados	0	0	0	0	0	0

* No cálculo das frequências foram excluídos os indivíduos menores de 18 anos.

Referente às condições de saúde são (18) fumantes, (04) acamados, (16) internaram nos últimos 12 meses e (56) fazem uso de plantas medicinais, dos indivíduos que fazem uso de plantas medicinais (5%), a maioria são mulheres (77%).

Tabela 4 – Frequência da condição/situação de saúde da população do Vila Boa Esperança (2016), comparado a frequência da região centro oeste e Brasil, segundo PNS, 2013.

Condições / Situações de saúde	Brasil (2013)	Centro Oeste (2013)	Vila Boa Esperança (2016)
	%	%	%
Fumante	14,5	13,2	2
Hipertensão arterial	21,4	21,2	8
Diabetes Mellitus	6,2	6,5	2
Acidente Vascular Cerebral / Derrame	1,6	1,5	0
Doença Cardíaca	4,2	4,6	0
Doença Renal	1,4	1,6	0
Doença Respiratória	4,4	4,2	3
Câncer	1,8	1,6	0

Quanto ao tabagismo a prevalência no nível nacional no ano de 2013 (PNS) foi de 15%, sendo na zona urbana 14,6%. Enquanto na população estudada não ultrapassou 2%.

Vale destacar que além das doenças relacionadas ou causadas pelo tabaco, os custos econômicos são devastadores por proporcionar gastos elevados com hospitalizações e óbitos em plena fase produtiva (BORDIN et al., 2010).

A dependência ou abuso de álcool foi referido por apenas um 1% da população, enquanto no nível nacional frequência dos que referem faz uso de álcool pelo menos uma vez na semana é de 24 %, no centro oeste 25,4 %. Acredita-se que existam mais casos de

dependência ou abuso de álcool, porém por se tratar de condição estigmatizadas, muitos negam o uso ou não se identificam por se considerado como defeito moral.

Nota-se que as principais patologias apresentadas pela população estudada são: Hipertensão Arterial Sistêmica, doença respiratória e diabetes mellitus.

A hipertensão arterial mesmo sendo a patologia mais frequente, 8% apresentou frequência menor do que comparada ao estudo realizado pelo PNS em 2013, onde a frequência da região Centro Oeste não apresentou diferença significativa do nível nacional (IBGE, 2014).

Ressalta-se que a hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

A Diabetes mellitus foi a segunda doença mais frequente entre a população, com 2% de prevalência. Também apresentou frequência menor comparada ao PNS (2013), Brasil 6,2% e centro oeste 6,5% (IBGE, 2014). Porém apresentou uma pequena elevação quando comparado ao estudo de SILVA et al. (2010), onde a prevalência de diabéticos foi de 1,4%.

As doenças respiratórias acometem 3% da população do bairro Vila Boa Esperança, 4,4% da população brasileira e 4,2% da população da região centro oeste no ano de 2013 (IBGE, 2014). Comparando-se os três níveis, a população do Vila Boa Esperança está em situação melhor do que os outros níveis.

As patologias cardíacas, renais, os cânceres e os acidentes vasculares cerebrais em relação a população estudada não apresentaram números significativos, não chegaram a 1% da população. Porém sabe-se que em 2013 (PNS) no Brasil 9% da população sofria com essas patologias (IBGE, 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto nacional existe uma lacuna sobre estudos realizados com dados coletados através do e-SUS. Este estudo realizado com a população residente no bairro Vila Boa Esperança, Várzea Grande – MT, chegou às seguintes conclusões:

- A população reside em bairro oriundo de ocupação, atualmente regularizada. Porém, apesar do bairro não ter sido planejado em sua estruturação urbana, as moradias em sua maioria (83% das moradias) são consideradas adequadas, pois atende critérios básicas para se viver dignamente, como abastecimento de rede de água encanada, esgotamento, energia elétrica e coleta de lixo;
- A população em sua maioria é composta de mulheres, em idade produtiva, responsáveis pela família e nascidas no estado;
- Os que estão desempregados são de raça/cor não branca e possuem baixa escolaridade;
- Essa população mantém hábitos que são prejudiciais como o tabagismo e o uso de álcool, e adoecem de, principalmente, por Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e doenças respiratórias.

No que tange aos serviços de saúde prestados a essa população, diversas estratégias podem ser seguidas para a melhoria na condição de saúde dessa população como: implantação da ESF; reformulação das estratégias relacionadas a implementação dos Programas Hiperdia, SISPRENATAL, SISCAN, SISPNI, entre outros que fazem parte da rotina de uma UBS; estabelecimento de vínculos com outros equipamentos sociais, como por exemplo CRAS, CREAS, SINE, entre outros, e fortalecimento de vínculo, tanto entre equipe de trabalho, quanto fortalecimento de vínculo entre equipe e pacientes.

A população apresentou melhor situação de moradia e saúde em relação a outros estudos, porém necessita-se que outros estudos sejam feitos em outros lugares, para que possa ser feito comparações e assim ter discussões mais ricas, que possam fundamentar novas políticas públicas, que a atendam realmente as necessidades da população.

O Sanitarista poderá contribuir em todos os setores da área da saúde, no levantamento de problemas e necessidades, planejamento, implementação e avaliação de serviços, programas e políticas públicas de saúde.

8 REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M, et al. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: Gastão WSC, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM-de, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2012.

AQUINO, R. MEDINA, M.G, NUNES, C.A, SOUZA M.F. **Estratégia Saúde da Família e Reordenamento do Sistema de Serviços de Saúde**. In: Paim JS, Almeida-Filho N-de, organizadores. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.

BENITO, G.A.V, LICHESKI, A.P, Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2008.

BITTAR, T.O, Et al. **O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde**. RFO. 2009.

CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS; 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção a saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

PHILIPP JR. A, **Saneamento saúde e ambiente: fundamentos para o desenvolvimento sustentável**. Barueri, SP: Manole, 2005.

GIOVANELLA. L, MENDONÇA, M.H.M. **Atenção Primária à Saúde**. In: Giovanella LES, Lobato L-de-VC, Noronha JC-de e Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

GUIMARÃES, E.M.P, ÉVORA, Y.D.M. **Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência**. Ciência da Informação, 2004.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

KARAM, H. O sujeito entre a alcoolização e a cidadania: perspectiva clínica do trabalho. **Revista de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 468-474. 2003.

ROUQUAYROL, M.Z. ALMEIDA-FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde** – 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica – Atualização sobre os sistemas de informação da Atenção Básica. Brasília; 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes nacionais de implantação do e-SUS AB. Brasília;2014a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. e-SUS Atenção Básica: manual de implantação. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2014b.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

_____. Portaria nº 534, de 23 de junho de 2015. Altera o Anexo da Portaria nº 14/SAS/MS, de 7 de janeiro de 2014. Diário Oficial da União. 24 jun 2015; Seção 1:40.

PAIM, J. S, ALMEIDA-FILHO, N. A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S, ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: Teoria e prática. 1.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

Anexo 2 - Ficha de Cadastro Individual

e-SUS Atenção Básica	CADASTRO INDIVIDUAL	DIGITADO POR:	DATA:	
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	Cód. CNES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	MICROÁREA	DATA:*
_____	_____	_____	_____	____/____/____
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO / CIDADÃO		RESPONSÁVEL FAMILIAR		
Nº DO CARTÃO SUS		É o responsável? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		DATA DE NASCIMENTO:
_____		Nº DO CARTÃO SUS		____/____/____
NOME COMPLETO:* _____				
NOME SOCIAL: _____				DATA DE NASCIMENTO:*
_____				____/____/____
SEXO:* <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	RAÇA / COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena	Nº NIS (PIS/PASEP): _____		
NOME COMPLETO DA MÃE:* _____				
<input type="checkbox"/> Desconhecido				
NACIONALIDADE:* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:	TELEFONE CELULAR: () _____	
MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____			E-MAIL: _____	
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS				
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR				OCUPAÇÃO
<input type="radio"/> Cônjuge / Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Entead(a) <input type="radio"/> Neto(a) / Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai / Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão / Irmã <input type="radio"/> Genro / Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente				_____
FREQÜENTA ESCOLA OU CRECHE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU?			SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe Alfabetizada - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª)			<input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Outro	
<input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 9ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Móbrai, etc) <input type="radio"/> Nenhum				
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="radio"/> Adulto Responsável <input type="radio"/> Outra(s) Criança(s) <input type="radio"/> Adolescente <input type="radio"/> Sozinha <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Outro				
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
SE SIM, QUAL?				
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL / IDENTIDADE DE GÊNERO?			TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
SE SIM, QUAL?			SE SIM, QUAL(is)?	
<input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Lésbica <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Gay <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Transsexual			<input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física	
SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO: <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Mudança de território				
TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA				
Eu, _____ portador do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará no não atendimento na unidade de saúde.				

Assinatura				

