

Desenvolvimento do Trabalho e Formação na Saúde: diálogos e artesanias

Míriam Thais Guterres Dias
Organizadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Curso de Especialização
Educação em Saúde Coletiva:
Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Coordenação

Miriam Thais Guterres Dias
Departamento de Serviço Social

Aline Blaya Martins de Santa Helena
Departamento de Odontologia Preventiva e Social

Preceptoria

Carolina da Silva Buno
Mestrado em Saúde Coletiva

Geiza Neutzling de Moraes
Mestrado em Saúde Coletiva

Secretaria

Márcio Hoff
Técnico em Assuntos Educacionais

Apoio técnico-administrativo

Ágatha Santos Cunha
Graduanda do Curso de Saúde Coletiva

André Phylippe Dantas Barros
Graduando do Curso de Farmácia

Realização: 14 de setembro de 2018 a 20 de dezembro de 2019.

Desenvolvimento do trabalho e formação na saúde: diálogos e artesanias

Míriam Thais Guterres Dias
Organizadora



Porto Alegre
2020

© dos autores

1ª edição: 2020

Direitos reservados desta edição:

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Capa: Ágatha Santos Cunha e André Phylippe Dantas Barros

Revisão: Mara Níbia Silva

Editoração eletrônica: Rafael Marczal de Lima

Impressão: Evangraf Ltda.

Comissão Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Fátima Plein

Maria Carolina Pinheiro Meirelles

D451 Desenvolvimento do trabalho e formação na saúde : diálogos e artesanias / organizadora Miriam Thais Guterres Dias. – Porto Alegre : Evangraf, 2020.
5Mb. PDF. : il

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5699-045-0

1. Educação em saúde coletiva - Brasil. 2. Trabalho - Gestão. 3. Educação em saúde. 4. Profissionais da saúde - Formação. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). 6. Epidemiologia. I. Dias, Miriam Thais Guterres.

CDU 378:614(81)

Capítulo 2

EPIDEMIOLOGIA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Stela Nazareth Meneghel

Este texto apresenta alguns conceitos e ferramentas da epidemiologia descritiva para uso em serviços de saúde, dando ênfase às medidas de frequência de doenças e indicadores de saúde. O texto está dividido em quatro partes compreendendo aspectos descritivos da epidemiologia, medidas de frequência, indicadores de saúde e análise da situação de saúde.

Aspectos Descritivos da Epidemiologia

A epidemiologia é conceituada como o estudo da distribuição da saúde/doença e de seus determinantes nas populações (MCMAHON, 1975). Utiliza uma abordagem populacional e coletiva, mesmo quando observa apenas um caso ou fenômeno único, que pode interessar à epidemiologia pela possibilidade de tornar-se um evento crítico e/ou uma ameaça à população.

Para fins didáticos, divide-se a epidemiologia em duas etapas: uma delas descritiva e outra analítica. De maneira simplificada, pode-se dizer que a epidemiologia descritiva trabalha

com aspectos referentes às pessoas que adoecem ou estão em risco, aos aspectos referentes ao tempo e aos territórios onde os fatores de risco, doenças e mortes ocorrem. A epidemiologia analítica, por outro lado, busca os determinantes do processo em questão, ou seja, por que a doença está acontecendo daquela forma particular, naquele momento e local.

As abordagens descritivas muitas vezes são tratadas como pouco científicas e com menor grau de sofisticação analítica, porém são as ferramentas aparentemente simples da epidemiologia descritiva que permitem a identificação de epidemias e doenças novas na população (BARATA, 1999). Além disso, são muito valiosas na análise de dados nos serviços de saúde.

Vamos ver então, a seguir, as características das pessoas, tempos e lugares na ocorrência das enfermidades e agravos.

1 Características das pessoas

Podemos descrever as pessoas acometidas pelas doenças usando dados quantitativos ou fazê-lo de modo subjetivo e pessoal, usando outros recursos como histórias de vida e narrativas, depoimentos, memórias, fotografias, cartas e mesmo materiais artísticos como músicas e poesias que mostram as pessoas e os riscos/vulnerabilidades que elas possuem frente às doenças.

Você pode usar epidemiologia descritiva para apresentar as pessoas que são atendidas em seu serviço. Quem são elas? Pobres, ricas, negras, brancas, indígenas, homens, mulheres, crianças? Faça um painel usando fotos, figuras, desenhos, frases, descrevendo a sua população.

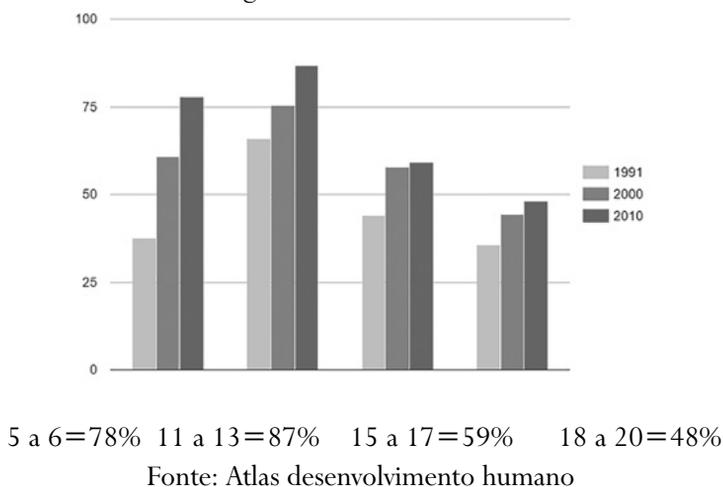
1.1 Geração

Sabe-se que muitas doenças afetam de maneira diferente os grupos etários, configurando doenças características da infância, da idade adulta e da velhice. Assim doenças redutíveis por imunizantes e diarreias são características da idade infantil; enquanto riscos ocupacionais e abortos atingem homens e mulheres jovens ou adultos. Importante é estar atento às mudanças na distribuição de doenças segundo grupo etário, para propor alterações nas políticas de atenção em saúde.

A Figura 1 mostra a permanência na escola segundo grupos etários (crianças e jovens) em três momentos distintos na cidade de Porto Alegre.

O acesso à escola de uma população tem a ver com saúde? Por quê?

Figura 1 – Percentual de alunos matriculados, segundo faixa etária, Porto Alegre, 1991, 2000 e 2010



1.2 Sexo/Gênero

São conhecidas as diferenças nas maneiras de adoecer e morrer das coletividades ligadas a sexo/gênero. Gênero é um conceito oriundo das ciências sociais que se refere à construção social de sexo, ou seja, a palavra sexo designa somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita. O conceito gênero distingue a dimensão biológica da social. Assim, usamos sexo quando queremos caracterizar um evento em nível do biológico e gênero quando pensamos e respeitamos as identidades e orientação sexual que a pessoa escolhe ter (HEILBORN, 2002). O quadro abaixo mostra a relação entre identidade e papel de gênero, orientação sexual e sexo biológico (IFH, 2017).

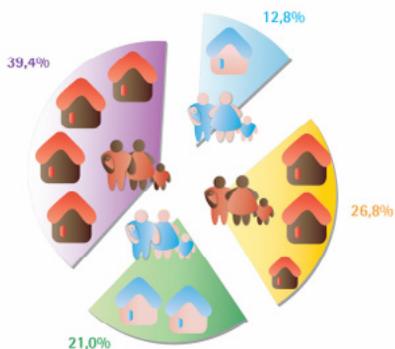
1) Identidade de gênero		
HOMEM	HOMEM E MULHER	MULHER
2) Orientação sexual		
HETEROSSEXUAL	BISSEXUAL	HOMOSSEXUAL
3) Papel de Gênero		
MASCULINO	ANDRÓGINO	FEMININO
4) Sexo biológico		
MACHO	INTERSEXO	FÊMEA

O movimento de mulheres, que surgiu no Ocidente após maio de 1968, denunciou a situação de submissão e exploração a que as mulheres são submetidas na maioria das sociedades patriarcais. Elas perceberam que só a categoria classe social era

insuficiente para explicar a determinação social das doenças e apontaram a importância de gênero e raça como subsistemas responsáveis pela manutenção da dominação/exploração nas sociedades patriarcais (SAFIOTTI, 2004).

Na análise das distribuições segundo gênero ou sexo é importante ficar atento a diferenças devidas a fatores como estrutura populacional predominante de um sexo, exposições ocupacionais diferentes e situação socioeconômica que podem ter muito peso na explicação das diferenças encontradas. A Figura 2 mostra a distribuição de domicílios em favelas segundo sexo e cor do chefe da família.

Figura 2 - Distribuição de domicílios urbanos em favelas, segundo sexo e cor/raça do chefe. Brasil, 2007



Fonte: Ipea, 2011

Analisa a Figura 2 identificando as vulnerabilidades de gênero e raça.

1.3 Raça/cor/etnia

A relação entre etnia/raça/cor e saúde só passou a ser discutida na produção científica brasileira nos anos 1990. Um dos problemas nos estudos que encontram associação entre agravos como hipertensão arterial, diabetes e raça negra é o da interpretação biológica de raça, em contraposição à formulação do conceito de raça como construção social. De qualquer forma, é necessário considerar os fatores socioeconômicos e culturais na compreensão das relações entre etnicidade e saúde, para não incorrer no perigo da associação acrítica entre doenças e raça, a partir das hipóteses da teoria genética e escamoteando a determinação social da saúde (MONTEIRO, 2004; CHOR, LIMA, 2005).

No Brasil, as categorias raciais predizem, de forma importante, variações na mortalidade. Os piores indicadores de mortalidade, em termos de sua distribuição etária ou magnitude de causas evitáveis de óbitos são apresentados por negros e indígenas.

Figura 3 - Mortalidade proporcional segundo sexo e raça, Porto Alegre, 2012

Posição	Geral	Sexo		Sexo/Raça Negra e Parda	
		Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
1º	DAC	DAC	DAC	CE	DAC
2º	NEO	NEO	NEO	NEO	NEO
3º	DAR	CE	DAR	DAC	DIP
4º	CE	DAR	DSN	DIP	DEN
5º	DIP	DIP	DEN	DAR	DAR

DAC= aparelho circulatório; NEO= cânceres; CE= causas externas; DAR= aparelho respiratório; DIP= infecciosas e parasitárias; DSN= sistema nervoso; DEN= endócrinas e nutricionais.

Como você analisa as diferenças no morrer entre homens, mulheres, negros e brancos na população de Porto Alegre.

Os filmes indicados denunciam as violências e iniquidades perpetradas contra a população negra e indígena.

CINEMA:

Quanto vale ou é por quilo (Sergio Bianchi, 2005).

Uma analogia entre o antigo comércio de escravos e a atual exploração da miséria pelo marketing social, que forma uma solidariedade de fachada. No século XVII um capitão-do-mato captura uma escrava fugitiva, grávida. Após entregá-la ao seu dono e receber sua recompensa, a escrava



aborta. Nos dias atuais uma ONG implanta o projeto Informática na Periferia em uma comunidade carente. Os computadores comprados foram superfaturados e, uma mulher que descobre por causa disto, precisa agora ser eliminada.

Terra vermelha (Marco Bechis, Itália-Brasil, 2008).

Um grupo de índios Guarani-Kaiowá vive em uma fazenda trabalhando em escravidão e ganham alguns trocados para posarem de atração turística. Eles decidem reivindicar a devolução das terras de seus ancestrais e começa um grande conflito com os fazendeiros.



1.4 Trabalho

A condição laboral pode acarretar doenças, sofrimento mental, estresse, chegando até ao suicídio. No entanto esta questão continua subestimada, tanto na escuta da história do paciente quanto nos estudos epidemiológicos. Por exemplo, em muitas investigações epidemiológicas as mulheres são todas “do lar”, esquecendo-se que podem ser diaristas, faxineiras, safris-tas, agricultoras, vendedoras ambulantes, manicures, trabalhadoras do sexo, bóias-frias, entre outras ocupações informais que expõem estas mulheres a riscos completamente diferentes.

Asa Laurell (1983) em um texto clássico da medicina social, mas ainda atual, mostra o quanto a posição em que cada um está na hierarquia do trabalho é um fator gerador de doença. Assim, as diferenças entre os que desempenham atividades menos qualificadas e os que realizam o trabalho técnico em ocupações tradicionalmente perigosas como construção civil e mineração, mesmo que compartilhem os mesmos chãos de fábrica, ocorrem de modo diferente. As prevalências e a mortalidade sempre são maiores entre os que estão abaixo na hierarquia social.

Na etapa atual do neoliberalismo, tem havido uma concentração da renda cada vez maior, os direitos dos trabalhadores têm sido destruídos (férias, 13º salário, auxílio doença, invalidez), levando à precarização do trabalho, uma situação em que cada um é seu próprio empresário, cada qual entregue a sua própria sorte.

Você tem algum dado descrevendo a dimensão do trabalho apresentada nas fotos abaixo? Fale do Brasil, da sua cidade ou de partes do mundo.



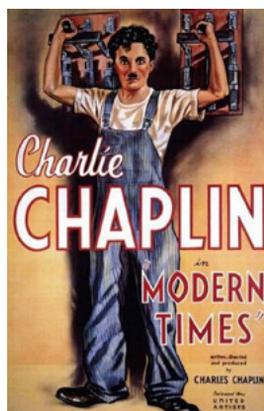
Fonte: <https://domtotal.com/noticia/1377064/2019/08/uberizacao-do-trabalho-e-os-limites-de-se-trabalhar-para-um-algoritmo/>



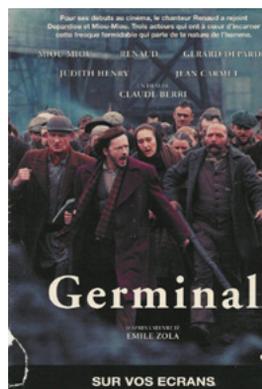
Fonte: <https://canalcienciascriminais.com.br/criminalizacao-do-trabalho-infantil/>

CINEMA

Muitos filmes têm colocado em pauta a relação trabalho e doença. Desde os clássicos de Charles Chaplin com filmes como **Tempos Modernos** (1936) mostrando a prisão representada pela linha de montagem e o modelo taylorista e suas consequências para a saúde mental dos trabalhadores.



Germinal (Claude Berri, 1993). Outro clássico, que traz um painel das condições dos mineiros no século XVIII, que deixa claro as péssimas condições de vida e de trabalho ocasionadas pela Revolução Industrial.



Conseguiu ver algum deles?

1.5 Pobreza, classe social, situação socioeconômica

No século XIX muitos epidemiologistas já divisavam as diferenças entre ricos e pobres no adoecimento humano. Engels (2008), não era epidemiologista, mas conseguiu observar o quanto as epidemias afetavam os pobres e trabalhadores de modo muito mais acentuado do que ocorria entre as classes privilegiadas.

Engels relata a eclosão de epidemias de doenças infecciosas como cólera, febre tifoide, diarreias na Inglaterra da Revolução Industrial devido às péssimas condições de saneamento, aglomeração, contaminação de água e alimentos, jornadas de trabalho extensas, insalubres e perigosas.

“Esta é a situação do proletariado inglês”, disse ele. “Para onde quer que nos voltemos vemos miséria, doenças provocadas pelas condições de vida ou trabalho, a imoralidade, o extermínio, a destruição lenta da natureza humana, tanto do ponto de vista físico como moral”. Será esta uma situação duradoura?

Você teria algo a responder a Engels, acerca da sociedade atual e da eclosão de epidemias?

O perfil epidemiológico de uma população assume características distintas conforme o modo com que cada grupo se insere no processo produtivo. A distribuição da doença e da morte

difere de acordo com os grupos sociais a que os indivíduos pertencem. O mais importante desta concepção é que ela mostra que os determinantes da saúde e da doença não são apenas fatores biológicos, mas econômicos e sociais (BREILH, 1986).

Há muitas dificuldades em caracterizar as pessoas segundo a classe a que pertencem, principalmente quando se quer utilizar o referencial marxista de classe social, que as entende como grandes grupos antagônicos dentro da sociedade, aglutinados de acordo com a posição que ocupam no processo de produção. Assim, muitas vezes, utilizam-se recortes simples como estratos (I ao V na Inglaterra, que corresponde aos empresários - grupo I - até trabalhadores não especializados - grupo V). Além desta classificação, pode-se usar a renda per capita, a quantidade de equipamentos domésticos, a escolaridade, dentre outros, dependendo dos objetivos do estudo.

1.6 Migrantes e refugiados

Autores que estudavam a geografia das doenças e epidemias na metade do século XX afirmavam que a história da disseminação de doenças é a história das migrações humanas, nas quais o migrante na maioria das vezes passa da condição de vítima à de réu.

A mobilidade humana em escala mundial é um infundável movimento motivado em causas econômicas, políticas e ambientais. O deslocamento transnacional de pessoas as expõe a riscos que incluem desde a exploração econômica e sexual, a aquisição

de enfermidades nos locais de origem e a disseminação de outras nos locais de chegada, o trabalho desprotegido, mal remunerado ou em condições de escravidão e finalmente a possibilidade de prisão, extradição e morte, quer seja no trajeto, quer seja nos locais de chegada (MARTIN, GOLBERG, SILVEIRA, 2018).

Os processos migratórios contemporâneos são um fenômeno global e vêm adquirindo números expressivos no cone sul e inclusive no Brasil. Historicamente o Brasil recebeu o maior contingente de população negra escravizada do mundo. E desde o período colonial, aqui chegaram europeus, cristãos novos, orientais, árabes. Mais recentemente, a partir de um acordo bilateral entre os governos do Haiti e Brasil, chegaram os haitianos em busca de trabalho, e aqui ficaram apesar dos percalços, racismo e iniquidades. Além desses, refugiados vindos de países em conflitos bélicos compõem parte do mapa das migrações internacionais no Brasil que trouxe grupos de sírios, angolanos e colombianos (BRASIL, 2011).

Os processos sociais e contextos sociopolíticos pelos quais os imigrantes transitam nem sempre são favoráveis à sua saúde. Para identificar vulnerabilidades e morbidades é importante entender os modos de vida, as concepções sobre a saúde e a doença, as intercorrências de adoecimento no processo migratório, assim como a possibilidade de acessar os sistemas de saúde que recebem (ou não) estes imigrantes (MARTIN, GOLBERG, SILVEIRA, 2018).

Você conhece alguma pessoa que imigrou? Conte a história desta pessoa.

CINEMA

Coisas Belas e Sujas (Stephen Frears, 2002), um filme que aponta para a precariedade do trabalho dos migrantes de terceiro mundo na Europa.



Biutiful (Alejandro Inarritu, 2011). Um catalão, que não conheceu o pai e que cuida sozinho dos filhos, ouve vozes de pessoas que morreram e vai a funerais, onde as vezes ganha algum dinheiro. Explora imigrantes africanos como camelôs e agência chineses na indústria têxtil e na construção civil.



1.7 Outras conexões

Uma série de outras características podem ser aventadas quando se trabalha com populações, dependendo do matiz que se deseja enfatizar ou explorar. Deve-se atentar sempre para o fato de que temas *tabu* podem levar a depoimentos mascarados; observar que mesmo quando realizamos um estudo eminentemente quantitativo precisamos evitar tratar a população como um aglomerado homogêneo, cujas diferenças reduzem-se a va-

riações de caráter biológico (idade, sexo, peso, etc.) e respeitar as representações e experiências da população que são fundamentais para a compreensão do adoecer e do morrer nos grupos sociais.

2 CARACTERÍSTICAS TEMPORAIS

Outro modo de realizar comparações, previsões e inferências é distribuir as doenças de acordo com o tempo. As formas mais usuais consistem no traçado de séries históricas, na distribuição sazonal e cíclica e no acompanhamento dos fenômenos epidêmicos, em suas várias possibilidades, assim como da ocorrência endêmica das doenças novas, velhas e emergentes.

2.1 Série Histórica

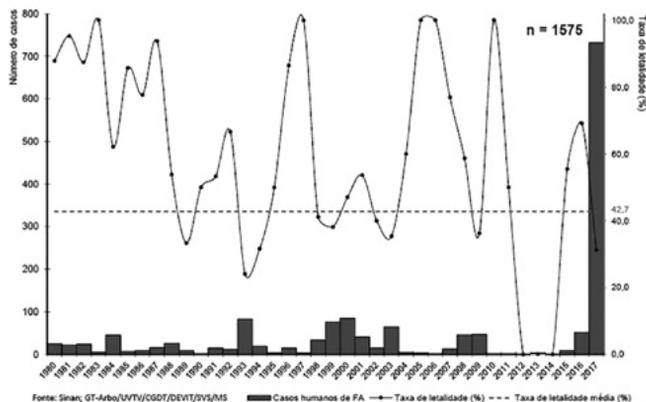
A descrição de um agravo por períodos longos de tempo, geralmente em torno de uma década, chama-se tendência secular ou série histórica. A série temporal não se resume a uma cronologia de eventos e correlacionar os fenômenos históricos e políticos de uma sociedade à distribuição dos agravos é um modo de potencializar as análises temporais das doenças. Muitos países, principalmente os pobres, não possuem sistemas de informação organizados para a produção de dados fidedignos. Muitas vezes ocorrem lapsos temporais, correspondentes a períodos de transições políticas, guerras civis ou desastres naturais, dificultando a existência de parâmetros para comparação.

Nas últimas décadas, a Febre Amarela (FA) vem sendo registrada além dos limites da área considerada endêmica (região amazônica). Casos humanos e epizootias em primatas não humanos (PNH) foram recentemente registrados em uma ampla área do território nacional. Inicialmente, entre 2014/2015, a transmissão se deu na região Norte, com posterior expansão no sentido leste e sul do país, onde afetou a região Centro Oeste. Mais recentemente, entre 2016/2017, foi registrado o surto mais expressivo no Brasil, que afetou principalmente os estados da região Sudeste, com 779 casos humanos e 262 óbitos (BRASIL, 2018).

A Figura 4 mostra o histórico da febre amarela humana no Brasil. O que lhe diz esta série histórica?

Quantos anos foram acompanhados? Qual a letalidade no surto de 2017?

Figura 4 - Casos humanos de febre amarela e letalidade, Brasil, 1980 a 2017



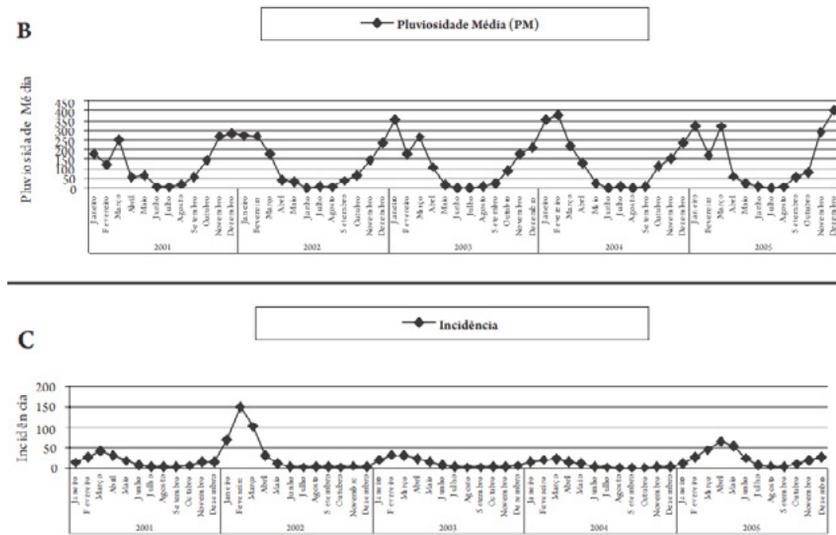
Fonte: BRASIL, 2018.

2.2 Variação Sazonal

Muitas doenças apresentam sazonalidade nítida na sua distribuição, ou seja, ocorre aumento do número de casos em uma determinada época do ano. Estes aumentos não são considerados epidêmicos e refletem condições do ambiente em que vivem as pessoas, como aumento da densidade populacional, eventos culturais, colheitas, que possibilitam aglomeração, condições climáticas, aumento no número de vetores etc. Conhecer a sazonalidade de uma doença possibilita organizar a estrutura dos serviços de saúde para a prevenção e a atenção a estes casos.

A Figura 5 mostra a associação entre ambiente, sazonalidade e o adoecer humano, por meio da relação entre índice de infestação predial de *aedes aegypti*, a pluviosidade e a incidência de dengue no estado de Goiás (SOUZA e cols, 2010).

Figura 5 – Variação sazonal da incidência da dengue, Goiás/Brasil, 2001-2005



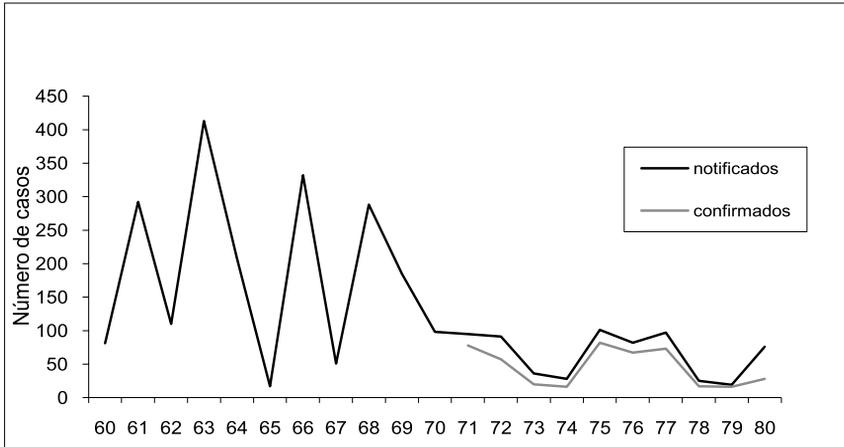
Fonte: SOUZA, SILVA, SILVA, 2010.

2.3 Variação Cíclica

Existem ainda, oscilações na incidência das doenças que ultrapassam o período anual. Estes aumentos podem ocorrer a cada dois, três ou mais anos. Na maioria das vezes, envolvem aumento do número de suscetíveis e é o que chamamos de variações cíclicas. Pode estar relacionada a migrações e movimentos de populações humanas ou animais.

Na Figura 6 observa-se a curva de casos de poliomielite no sul do Brasil, nos anos 1960 a 1980. Embora seja uma informação antiga, observa-se de modo muito nítido a variação cíclica do agravo, que permaneceu mesmo após a fase de controle da doença.

Figura 6 – Casos notificados e confirmados de poliomielite, Rio Grande do Sul, 1960-1980



Quantos casos de poliomielite ocorriam em média no Estado nos anos 1960?

E nos anos 1970?

Comente o paralelismo entre a curva de casos notificados e confirmados de poliomielite.

2.4 Variações Epidêmicas

O aumento do número de casos de uma doença além do esperado é considerado uma epidemia ou um surto. O número de casos habitual de uma doença em determinado local denomina-se endemia, enquanto surtos correspondem a aumentos no número de casos da doença, porém circunscritos geograficamente, em grupos particulares ou sob circunstâncias especiais,

como por exemplo, uma escola, uma creche, uma instituição psiquiátrica.

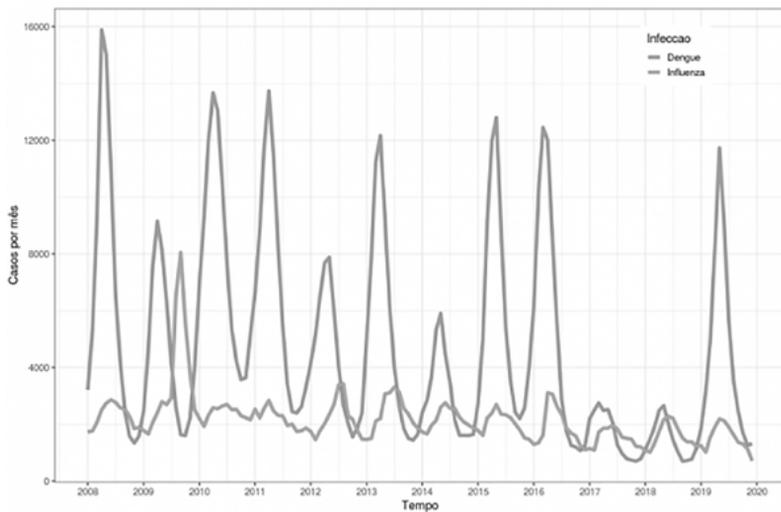
Para determinar se a frequência de uma doença se encontra dentro dos parâmetros habituais, é necessário conhecer a ocorrência deste agravo na população em estudo, em períodos anteriores.

As epidemias podem ser classificadas em instantâneas e progressivas, ou ainda, percebidas como manifestações de desajustamentos sociais e diferenciadas em naturais e artificiais. Epidemias artificiais (ROSEN, 1983) resultam de contradições sociais e ocorrem em momentos cruciais da história, em períodos de revolução política e econômica.

Epidemias instantâneas habitualmente resultam da exposição a uma fonte comum, ocorrendo curto espaço de tempo entre a exposição e o início das manifestações clínicas. Incluem-se neste grupo as toxi-infecções alimentares e as intoxicações agudas por produtos químicos. Epidemias progressivas caracterizam-se pelo aumento gradual do número de casos, indicando a ocorrência de sucessivas exposições ao fator causal.

A figura 7 mostra a série histórica de internações por dengue e influenza no Brasil da última década, viroses cujo aumento de casos não coincide sazonalmente.

Figura 7 – Número de internações por dengue (formas graves) e influenza, Brasil, 2008-2019



Fonte: SBMT, 2009.

Analise o gráfico acima: o que você acha em relação ao comportamento da dengue e da influenza? Em quais anos você acha que houve surtos e em quais considera variação sazonal?

Ao discutir a possibilidade de confusão entre a influenza sazonal e o coronavírus (SBMT, 2020), os autores entendem que se o novo coronavírus se comportar como a Influenza sazonal, então a epidemia de 2020 não deverá coincidir com a da dengue. Outro problema a ser considerado no caso das duas epidemias acontecerem ao mesmo tempo seria a falta de conhecimento a respeito dos efeitos da co-infecção entre as arboviroses e o coronavírus.

Epidemias estão relacionadas a populações específicas, com a frequência habitual da doença em questão, com um determinado tempo e lugar, com épocas diferentes e, assumem características particulares de região para região. Epidemias, portanto, são acontecimentos históricos e sociais.

3 CARACTERÍSTICAS LIGADAS A LUGAR

O estudo das doenças segundo sua distribuição no espaço, tem por objeto conhecer a influência dos fatores ambientais como clima, topografia e meio ambiente. Estas distribuições podem ser mapeadas de tal forma que evidenciem a distribuição do fenômeno em estudo. Existem fatores de distorção neste tipo de análise, um deles é a diferença na quantidade e qualidade de serviços médicos disponíveis, assim como o acesso aos serviços de saúde que podem favorecer o diagnóstico e a notificação de agravos e dar uma ideia errônea de que o agravo em questão acontece mais em determinados locais.

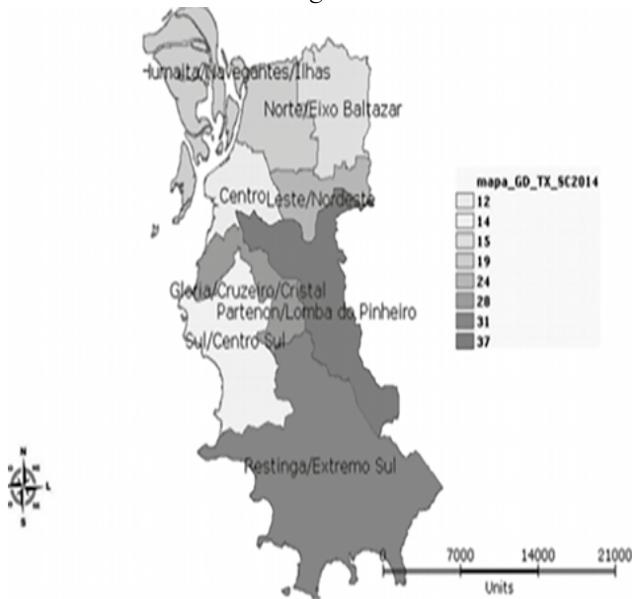
Outros fatores que podem distorcer os dados são a arbitrariedade no processo administrativo de delimitação de regiões geográficas que permite agregar zonas heterogêneas em um mesmo espaço geopolítico.

Usam-se mapas ou cartogramas, para identificar a distribuição geográfica de casos ou óbitos e os recursos de geoprocessamento, atualmente disponíveis, permitem acompanhar a distribuição dos agravos em unidades territoriais muito pequenas.

Ao analisar as doenças de acordo com a distribuição espacial cumpre não incorrer no erro de naturalizar fatores que nada têm a ver com a geografia. Doenças tropicais têm a ver com a condição de vida das populações que habitam a região dos trópicos e não com a situação geográfica. Assim, ao usar variáveis ecológicas como critério de explicação causal de fenômenos de saúde/doença, pode-se mascarar a determinação econômica, social e cultural deles. O mapa 1 mostra a sífilis congênita segundo região em Porto Alegre.

O que chama a atenção neste mapa? Como são as regiões onde o evento é mais prevalente?

Mapa 1 – Incidência de sífilis congênita segundo gerências, Porto Alegre, 2014



Fonte: PMPA/SMS/CGVS/EVDT/SINAN

O mapa da tuberculose mostra que no Brasil, em 2019, foram diagnosticados 73.864 casos novos, o que correspondeu a um coeficiente de incidência de 35 casos/100 mil habitantes. Embora tenha sido observada uma constante tendência de queda entre os anos de 2010 e 2016, o coeficiente de incidência aumentou nos anos de 2017 e 2018 (BRASIL, 2020).

A que fatores você atribui o aumento da tuberculose a partir de 2017 no Brasil? Como está a incidência da tuberculose na sua UF? Analisa o mapa da tuberculose no Brasil e discuta os determinantes na sua região.

Mapa 2 – Coeficientes de incidência de tuberculose segundo UF, Brasil, 2019



Fonte: Brasil, 2020.

Em síntese, esta seção mostra o quanto análises epidemiológicas aparentemente simples podem contribuir para traçar o perfil sanitário de territórios e auxiliar na delimitação de prioridades no planejamento de ações e políticas de saúde.

A epidemiologia descritiva auxiliou a descoberta de doenças novas como a aids e a hantavirose e é a ferramenta mais usada em investigações epidemiológicas, no monitoramento de doenças, na previsão de epidemias, enfim na vigilância epidemiológica de doenças e agravos (BARATA, 1999).

Medidas de frequência das doenças

1 DEFINIÇÃO DE “CASOS” OU DOENTES

Para saber quantas pessoas adoeceram em uma determinada região, geralmente se utilizam dados de serviços de saúde (prontuários, registros de atendimentos de unidades básicas, hospitais, laboratórios), informações de sistemas de notificação de agravos sob vigilância e de outros sistemas de informação disponíveis. Quando não há informações de nenhum tipo torna-se necessário conduzir inquéritos populacionais. Vale lembrar que a identificação de doentes a partir de registros médicos, consegue encontrar apenas uma pequena parcela dos que adoecem nas comunidades já que estimativas avaliam que em cada 750 pessoas que referem algum problema de saúde, apenas um terço consulta um médico (Figura 8).

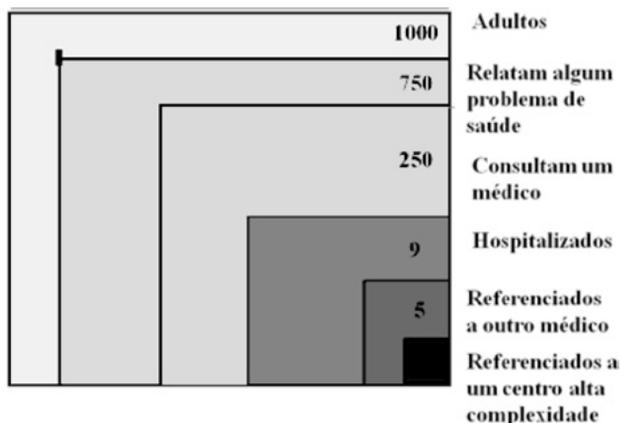
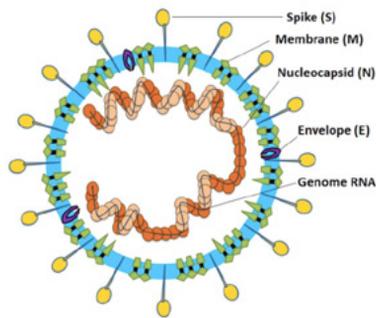


Figura 8 – Necessidades de saúde de uma população teórica

Para poder comparar dados sobre doenças, numa mesma região ou em diferentes territórios torna-se fundamental estabelecer critérios uniformes do que é um “caso” ou uma pessoa afetada por uma determinada doença ou agravo. Essa definição supõe um *conjunto de critérios que se utilizam para decidir se uma pessoa tem ou não uma particular doença ou apresenta um determinado evento adverso à saúde.*

Figura 9 – Coronavirus



Como você definiria clínica e epidemiologicamente um caso de coronavírus? A definição pode variar? Por que?

A palavra doença indica dor, aflição; um sinônimo é enfermidade (latim: *infirmus*) para indicar doença ou debilidade. No francês *maladie*, deriva de *male habitus* ou aquilo que se encontra em mau estado. Existe uma diferença entre doença e trauma (injúria, ferimento), assim como entre sequela (um efeito tardio de uma doença) e incapacidade. Se há alterações anatômicas diz-se que há uma lesão ou agravo, se as alterações forem fisiológicas é uma disfunção (HEGENBERG, 1998).

Autores como Canguilhem (1979) afirmam que não há doença sem doente, trazendo o exemplo clássico de um homem

que possuía um tumor e morre atropelado ignorando a existência do câncer. Era ou não era um canceroso?

CINEMA

Veja o filme *Sicko* (Michel Moore, 2007).



Como você vê o papel da atenção primária em saúde na elaboração de perfis epidemiológicos de doenças e agravos nas populações?

2. MEDIDAS DE FREQUÊNCIA EM EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia, no processo de entender como se dão as manifestações de saúde/doença nas populações, utiliza duas medidas principais: incidência e prevalência. Incidência e prevalência são medidas de frequência de doenças e, sumariamente buscam identificar onde ocorrem mais casos de uma determinada doença ou agravo.

A medida mais simples de prevalência é a frequência absoluta dos casos de uma doença. Assim, prevalência refere-se ao total de casos de uma doença em uma região, enquanto a incidência considera apenas os casos novos ou acontecidos recentemente. Incidir denota a ideia de ocorrência enquanto prevalecer denota a ideia de permanência em um determinado local (ALMEIDA FILHO, ROUQUAYROL, 1992).

Ambas as medidas podem ser usadas no sentido absoluto ou relacionadas à população e, neste caso, fala-se em coeficientes ou taxas de incidência ou de prevalência. O coeficiente é a medida que permite comparar a intensidade de uma doença em diferentes tempos e lugares. O coeficiente de incidência mostra a relação entre o número de casos de uma doença e a população exposta ao risco de contrair esta doença.

Assim a construção do coeficiente de incidência se refere aos casos novos ao longo do tempo em relação à população exposta ao risco de adoecer. Assim os doentes não são considerados expostos, a menos que possam adquirir as doenças várias vezes. O coeficiente de prevalência por sua vez se refere ao total de casos, podem ser antigos em relação às pessoas que vivem no local. Essa relação é um número decimal porque as frequências no numerador são menores que as do denominador e para transformar estas relações em números inteiros eles são multiplicados por potências de 10 ou 10^k , podendo ser 100, 1000, 10.000 ou 100.000.

A magnitude do coeficiente de prevalência é diretamente proporcional ao tempo de duração da doença. Duração da doença é o intervalo médio de tempo que vai desde o momento do seu diagnóstico até a resolução pela cura, óbito ou emigração do doente. A prevalência varia proporcionalmente com o produto da incidência pela duração, ou seja, a prevalência está relacionada ao tempo de duração da doença e pode ser obtida a partir da incidência multiplicada pelo tempo de duração da doença.

Em relação a essas medidas de frequência podemos considerar os casos novos que ocorrem em um largo período de tempo ou a **incidência cumulativa**. A incidência cumulativa representa o total de casos novos que foram acontecendo em um período determinado de tempo.

O somatório de todos os casos – novos e antigos – que ocorrem ao longo de um período de tempo chamamos de **prevalência no período**. Em relação à prevalência ainda podemos considerar a que está acontecendo em um dado momento e que chamamos de **prevalência pontual ou instantânea**.

Prevalência em um período refere-se à soma dos casos existentes no início do período, acrescida dos casos novos ocorridos no intervalo de tempo considerado. Por outro lado, a prevalência pontual ou instantânea dá uma ideia de quantos doentes existem em um determinado momento e local. A prevalência pontual é definida em função de um ponto de referência - que pode ser o tempo ou um evento – no qual se identifica a fração da população portadora da condição em estudo, como se fizesse uma fotografia dos doentes.

Calcule os coeficientes de incidência de tuberculose no Rio Grande do Sul, usando os dados da tabela abaixo.

Tabela 1 – Casos de tuberculose e população no Rio Grande do Sul, 2001-2010

ano	Casos RS	População RS	Coef. Incidência RS
2001	5310	10310021	
2002	5580	10408428	
2003	5853	10511009	
2004	5930	10613256	
2005	5627	10845002	
2006	5316	10963216	
2007	5684	11080317	
2008	5937	10855214	
2009	6389	10914042	
2010	6475	10693929	

Há fatores que aumentam a prevalência das doenças, como por exemplo, a melhora na detecção de casos novos o que pode ser ocasionado por introdução ou aprimoramento de meios diagnósticos; a maior duração da doença e aumento da sobrevivência obtida por melhora no tratamento de doentes; a imigração de casos e emigração de sadios.

Por outro lado, há fatores que diminuem a prevalência das doenças na população, que podem ser: menor duração da doença por aumento na letalidade ou na taxa de cura, diminuição na incidência por impacto de políticas públicas de saúde, e, em último lugar, emigração de casos e imigração de sadios.

Você conhece alguma doença cuja prevalência seja maior que a incidência? Por que você acha que isso ocorre?

3. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE MORBIDADE

Muitos estudos sobre morbidade têm usado informações procedentes dos grandes sistemas de informação brasileiros: o SIH/SUS, o SINAN e o SINASC. O SIH/SUS – Sistema de Internações Hospitalares agrega as informações sobre internações hospitalares do SUS, que representam mais de 90% do total das internações. Embora este sistema possa apresentar distorções devido ao fato de estar vinculado ao pagamento dos procedimentos, a grande quantidade de informações que ele aglutina faz com que o SIH/SUS seja importante para caracterizar padrões de atenção hospitalar no país.

O SINAN – Sistema de Informação de Agravos sob Notificação contém as informações sobre as doenças de notificação compulsória no país. Para as doenças transmissíveis de curta duração que fazem parte do SINAN trabalha-se como se a incidência e a prevalência fossem iguais, já que prevalência é igual a incidência multiplicada pela duração da doença. Para as doenças transmissíveis crônicas como a hanseníase é importante diferenciar incidência e prevalência, assim como para doenças crônicas não transmissíveis.

A tabela a seguir mostra a incidência de hiv/aids em Porto Alegre em uma série histórica, segundo raça/cor e sexo. Para realizá-la foram utilizadas informações constantes do TABNET/RS e procedentes do SINAN.

Tabela 2– Coeficientes de incidência de HIV/aids segundo sexo e raça/cor, Porto Alegre, 2007-2014

Ano	Masculino		Feminino		Total	
	Branços	Pretos/Pardos	Branças	Pretas/Pardas	Branços	Pretos/pardos
2007	101,1	169,8	56,4	120,0	76,9	145,2
2008	107,5	162,1	67,5	130,5	85,9	146,6
2009	102,2	169,1	59,4	144,4	79,1	157,8
2010	117,0	167,7	57,7	129,2	85,1	149,1
2011	102,8	165,4	52,9	138,5	75,9	152,9
2012	100,3	139,1	52,8	133,2	74,6	151,9
2013	105,3	172,7	50,7	127,2	75,9	150,5
2014	97,7	183,7	39,3	116,7	66,2	150,1

Fonte: SINAN/EVDT/CGVS/SMS.

No último ano da série quantas vezes a incidência de HIV foi maior nos homens? E nos negros? Comenta a tabela acima pensando em termos de equidade/iniquidade racial

Para o acompanhamento de doenças agudas, de curta duração, geralmente incidência e prevalência são muito semelhantes, porém para doenças crônicas em que as pessoas permanecem doentes por toda a vida, a incidência e a prevalência são muito distintas. Se a incidência está aumentando, irá aumentar o contingente de casos e mesmo quando baixa a incidência, há um estoque de casos prevalentes permanecem.

Nem sempre é preciso fazer um estudo para saber se a doença está ocorrendo em um local. Há situações em que se pode inferir a prevalência de agravos, pela fotografia, pela observação direta, pela notícia de jornal, que denunciam situações precárias de vida e riscos para a saúde/doença.

Traga fotos da região onde você vive e que caracterizem distintos perfis de prevalência de agravos. Por exemplo, populações pobres/ricas, populações que vivem no campo/cidade etc.

4. INDICADORES DE SAÚDE

Indicadores são medidas síntese usadas para comparar a realidade sanitária de grupos e populações, com o objetivo de caracterizar a situação sanitária dos locais e subsidiar a construção de políticas e da atenção à saúde. Os indicadores destinados à análise da situação de saúde se referem ao estado de saúde da população e aos fatores que a determinam. Neste capítulo, discutiremos alguns indicadores negativos, ou seja, tratam de doenças e morte e não de saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Para trabalhar os indicadores de mortalidade utilizamos primordialmente as informações constantes nas Declarações de Óbito (DO). O Ministério da Saúde brasileiro implantou a partir de 1976, um modelo único de DO para ser utilizado em todo território nacional, como documento base do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). A DO tem dois objetivos principais: o primeiro é o de ser o documento padrão para a coleta das informações sobre mortalidade que servem de base para o cálculo das estatísticas vitais e epidemiológicas do Brasil; o segundo, de caráter jurídico, é o de ser o documento hábil, conforme preceitua a Lei dos Registros Públicos – Lei 6015/73, para lavratura, pelos Cartórios de Registro Civil, da Certidão de Óbito, indispensável para as formalidades legais do sepultamento (BRASIL, 2006).

Em 1996, uma iniciativa importante para a análise dos indicadores de morbidade e mortalidade foi a criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde no Brasil (RIPSA). A RIPSA articula entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados e atua com base em Acordo de Cooperação firmado entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A RIPSA organiza os indicadores em grandes grupos: (i) indicadores demográficos; (ii) indicadores socioeconômicos; (iii) indicadores de mortalidade; (iv) indicadores de morbidade e fatores de risco; (v) indicadores de recursos; e (vi) indicadores de cobertura.

Os indicadores de mortalidade podem ser coeficientes, quando mostram a relação entre óbitos segundo diferentes recortes relacionados com a população em risco de morrer. Por exemplo: 50 óbitos por diarreia em uma população de 5.000 pessoas, ou 10 mortes por mil pessoas.

Também se podem usar proporções, quando se compara uma fração de óbitos com o total de óbitos. Se os 50 óbitos por diarreia são parte de um total de 250 óbitos naquele local, então as diarreias correspondem a uma proporção de 20% dos óbitos.

Abordaremos a seguir, alguns indicadores de mortalidade proporcional, mortalidade geral, mortalidade infantil, mortalidade segundo causas, mortalidade materna, mortalidade por grupo etário, anos potenciais de vida perdidos e expectativa de vida, sempre usando dados obtidos no site do DATASUS ou www.saude.gov.br/DATASUS.

4.1 MORTALIDADE PROPORCIONAL

Trabalhar com proporções é o modo mais simples de fazer análises de mortalidade. Podemos, por exemplo, calcular a proporção de óbitos segundo sexo, grupo etário, causas de morte, entre outros. Podemos evidenciar mudanças na proporção de óbitos por determinado grupo, apontando melhoras nas medidas de atenção à saúde.

A mortalidade proporcional segundo grupo etário mede a distribuição percentual dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado território, no ano considerado. Mede também a participação dos óbitos em cada faixa etária, em relação ao total de óbitos.

É uma importante ferramenta para analisar variações geográficas e temporais da mortalidade por idade, identificar a necessidade de estudos sobre as causas da distribuição da mortalidade por idade e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltadas para grupos etários específicos.

A mortalidade proporcional é calculada dividindo-se o número de óbitos de uma determinada categoria mulheres, por exemplo, pelo total de óbitos no local e multiplicando por 100, já que se trata um percentual.

As limitações no uso da mortalidade proporcional segundo grupo etário são: as bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitas áreas do país, especialmente nas regiões Norte e Nordeste; a subenumeração

de óbitos pode estar desigualmente distribuída entre as diversas faixas etárias; nas faixas etárias extremas (crianças e idosos), a subenumeração é geralmente mais elevada; e o aumento percentual de óbitos em uma ou mais faixas etárias pode dever-se, apenas, à redução da frequência em outras faixas.

Tabela 3 - Mortalidade por hiv, total e segundo sexo, Porto Alegre, 2004-2014

Ano	Masculino			Feminino			Total			Coeficiente de Mortalidade por Aids
	Óbitos	Óbitos por Aids	MP %	Óbitos	Óbitos por Aids	MP %	Óbitos	Óbitos por Aids	MP %	
	n	n		n	n		n	n		
2004	5.470	370	6,76	4.832	163	3,37	10.302	533	5,17	37,94
2005	5.418	363	6,70	4.970	157	3,16	10.389	520	5,01	36,40
2006	5.419	379	6,99	5.098	154	3,02	10.517	533	5,07	36,99
2007	5.762	345	5,99	5.179	160	3,09	10.945	505	4,61	34,75
2008	5.505	317	5,76	5.040	156	3,09	10.549	473	4,48	33,07
2009	5.742	301	5,24	5.233	173	3,31	10.975	474	4,32	33,00
2010	5.512	305	5,53	5.432	177	3,26	10.944	482	4,40	34,20
2011	5.889	292	4,95	5.627	162	2,87	11.520	454	3,94	32,21
2012	5.612	260	4,63	5.480	159	2,90	11.095	419	3,78	29,73
2013	5.926	260	4,39	5.779	138	2,38	11.714	398	3,40	28,24
2014	6.043	279	4,61	5.767	121	2,09	11.816	400	3,38	28,38

Fonte:SIM/EVEV/CGVS/SMS.

Na tabela 3 observa-se o coeficiente de mortalidade por HIV em Porto Alegre e a mortalidade proporcional para cada sexo. Comenta a evolução da mortalidade proporcional durante a década. O que pode ser observado?

4.2 COEFICIENTES DE MORTALIDADE

4.2.1 Mortalidade geral

Embora não seja um indicador muito sensível, o coeficiente de mortalidade geral continua sendo usado, principalmente pela facilidade de cálculo. A mortalidade geral relaciona o número total de óbitos com a população residente de um determinado território.

O cálculo do coeficiente de mortalidade geral é obtido por meio da relação entre o número total de óbitos de um local, dividido pela população e multiplicado por 1.000. Os coeficientes são números decimais porque o numerador sempre é menor que o denominador e para facilitar o entendimento do indicador, multiplica-se o resultado da divisão por 1000 ou 100.000. No caso de coeficientes gerais, como a mortalidade geral, multiplica-se por 1000, enquanto os específicos geralmente são multiplicados por 100.000.

A mortalidade geral é utilizada para analisar variações geográficas e temporais do indicador, possibilitar o cálculo do crescimento vegetativo ou natural da população, subtraindo-se da taxa bruta de natalidade, a taxa bruta de mortalidade.

A mortalidade geral não é considerada um “bom” indicador, na medida em que grandes aportes no número total de óbitos podem significar um aumento apenas em nível de decimais. Para comparar a mortalidade geral entre países com estrutura etária diferente é necessário padronizar os coeficientes. A padronização é uma técnica estatística que submete os óbitos de dois

lugares diferentes a uma população padrão comum, refazendo os coeficientes e, assim, permite comparações.

4.2.2 Coeficiente de Mortalidade infantil

A mortalidade infantil é um dos coeficientes mais usados para avaliar as condições de vida e saúde das comunidades, inclusive situação socioeconômica, e representa a capacidade das sociedades de proteger os seus membros mais vulneráveis. Costuma-se olhar a mortalidade infantil em dois momentos: a mortalidade infantil neonatal e mortalidade infantil tardia.

A mortalidade infantil neonatal corresponde aos óbitos infantis que ocorrem no primeiro mês de vida e evidenciam condições ligadas à gestação e parto. A mortalidade infantil tardia está relacionada aos óbitos ocorridos no final do primeiro mês até o fim do primeiro ano, expressando, assim, causas ambientais. A soma dos dois componentes da mortalidade infantil: neonatal e infantil tardia – deve ser igual à mortalidade infantil total. A mortalidade perinatal – óbitos da 28^a semana de gestação até o 7^o dia de vida - focaliza as condições relacionadas ao momento do nascimento.

A mortalidade infantil é um indicador difícil de ser zerado. Até bem pouco tempo, consideravam-se valores baixos para a mortalidade infantil, os inferiores a 20 por mil nascidos vivos e muito altos quando acima de 60 por mil (LAURENTI, 1985). Porém, atualmente, como muitos países já se encontram com níveis em torno de 20 por mil, o parâmetro a ser atingido é o menor nível de mortalidade na população infantil.

As cifras mais recentes de mortalidade infantil mostram que a Suécia, a Noruega e o Japão atingiram coeficientes de 4/1.000 nascidos vivos; seguidos pela Suíça e Holanda, países nórdicos com 5/1.000.

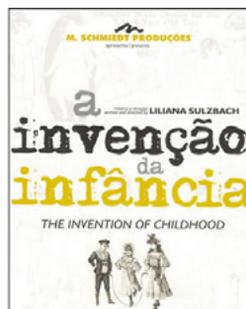
Nos últimos anos houve uma redução substancial nos coeficientes de mortalidade infantil, embora ainda persistam grandes desigualdades entre as classes sociais, regiões e populações vulneráveis, como a de indígenas e negros.

Tabela 4 – Indicadores de saúde, Porto Alegre, 1991, 2000, 2010

	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer	69,9	73,3	76,4
Mortalidade infantil	21,1	16,0	11,6
Mortalidade até 5 anos de idade	24,7	18,6	13,1
Taxa de fecundidade total	2,0	1,8	1,5

CINEMA

O filme *a Invenção da Infância* (Liliana Sulzbach, 2000) é um curta metragem que mostra as diferenças na vida (e na qualidade de vida) das crianças brasileiras que vivem no sul e no nordeste, incluindo a constatação da elevada mortalidade infantil que incide sobre a população nordestina.

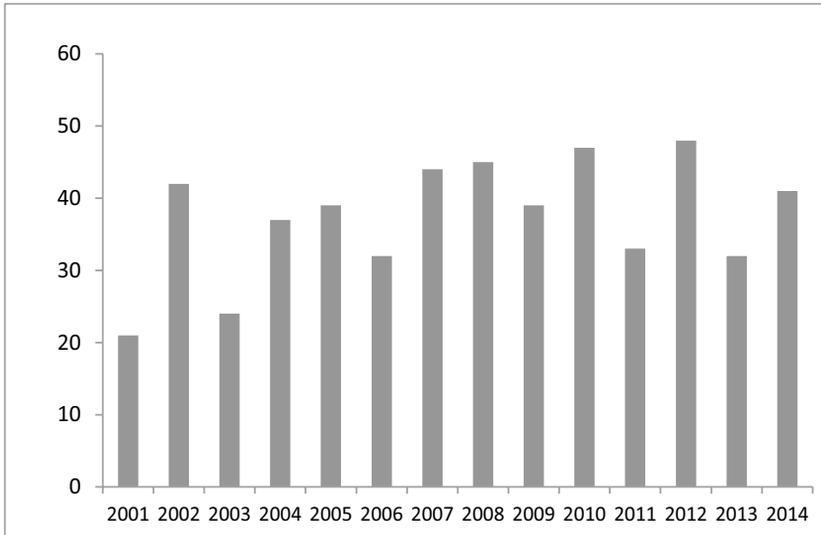


4.2.3 Coeficientes de mortalidade segundo causas

Outra maneira de trabalhar mortalidade é através dos coeficientes de mortalidade por causas, classificando os óbitos segundo as 21 seções da 10^a Classificação Internacional de Doenças, ou segundo alguma doença ou agravo específico que se queira acompanhar.

O coeficiente de mortalidade por causas mede a distribuição de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. É usado para analisar variações nos grupos de causas em segmentos populacionais, identificando situações de desigualdade e tendências. O exemplo da Figura 10 mostra as mortes femininas por agressão, ocorridas na cidade de Porto Alegre, um indicador aproximado de feminicídio.

Figura 10 – Número de mortes femininas por agressão, Porto Alegre, 2001-2014



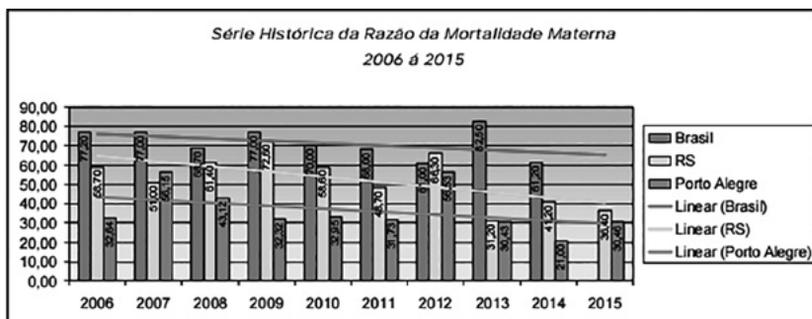
4.2.4 Razão de mortalidade materna

A razão de mortalidade materna trata a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de 42 dias após o término da gestação, independente da duração da gravidez, devido a causas relacionadas à gravidez, excluindo-se causas acidentais, como acidentes de trânsito. Muitos autores denominam esta razão como coeficiente de mortalidade materna, porque os numeradores (mortes maternas) não estão contidos nos denominadores (nascidos vivos).

As causas de morte materna são classificadas em: obstétricas diretas: resultantes de complicações na gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões ou tratamento in-

correto e, obstétricas indiretas: Resultantes de doenças existentes antes ou durante a gravidez e agravadas por ela.

Em muitos estados da federação foram criados Comitês de Mortalidade Materna para investigar as mortes maternas, permitindo a identificação daquelas que não foram informadas corretamente. A mortalidade materna é um indicador particularmente sensível às iniquidades, e é um dos indicadores que mostra as maiores disparidades nas comparações entre países e regiões. Indica o status da mulher, acesso à assistência a saúde e adequação do sistema de saúde em responder às necessidades locais (MELLO JORGE, 2000).



4.2.5 Coeficiente de mortalidade por grupo etário

O coeficiente de mortalidade por grupo etário mede a distribuição dos óbitos por faixa etária, na população residente em determinado território e data. Elevados coeficientes em menores de um ano de idade estão associados a más condições de vida

e de saúde e o deslocamento da concentração de óbitos para grupos etários mais elevados reflete a redução da mortalidade em idades jovens e o consequente aumento da expectativa de vida da população.

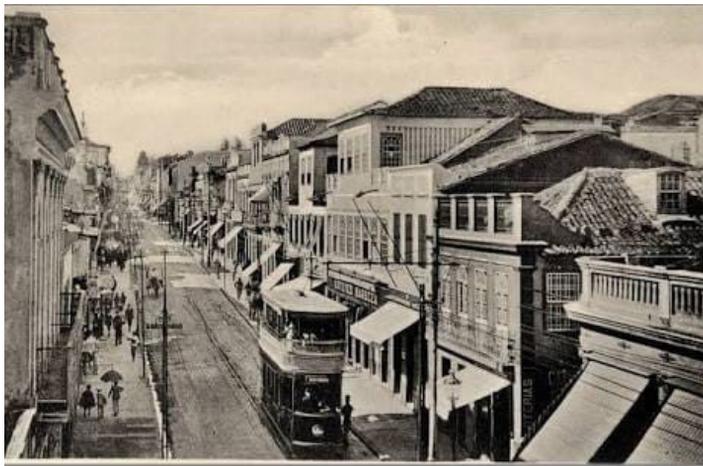
O cálculo deste coeficiente é realizado da seguinte maneira: número de óbitos segundo idade ou faixa etária, data e local dividido pela população na idade ou faixa etária, data e local e multiplicado por 100 mil.

Enfim, ao analisar indicadores de saúde podemos fotografar na rua situações imagéticas que se aproximam de indicadores de risco e vulnerabilidade à saúde. A ideia é buscar ocorrências, fatos, situações cotidianas, instantâneos de rua, que expressem possibilidades de risco ou vulnerabilidade aos modos de viver a vida. Também nos interessa ações que traduzem resistências/potências para fazer frente as dificuldades do viver, ou no dizer de Georges Canguilhem (1986) às infidelidades do meio. O desafio é aguçar o olho clínico, o olho imagético, o olho sensível, o olho que quer ver o outro em outros cenários, imagens e cenas.

SÍNTESES: ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Para analisar a situação de saúde do seu município ou local de trabalho você pode usar um sem número de dados, informações, depoimentos, indicadores, narrativas, mídias, entre outros. Pode trabalhar dados quantitativos e qualitativos, o que importa é focar no que você quer mostrar, descobrir, evidenciar, denunciar (GOULART, 1999).

Você pode começar descrevendo sua comunidade: quem somos, onde nos situamos, como é o nosso território, o que há nele - geografia, economia, pessoas, cultura, história -. Quais são as origens da comunidade, qual foi a sua história, onde está guardada sua memória.



Fonte: <https://esabreu.blogspot.com/2014/07/centro-da-capital-fotos-antigas-de.html>

Podemos continuar mapeando eventos no território. No mapa abaixo estão arroladas as regiões da cidade com as respectivas esperanças de vida no ano de 2010. O mapa pode ser feito com recursos tecnológicos sofisticados ou mesmo desenhado a mão e os eventos marcados com pontinhos ou alfinetes coloridos. Vejam que para mostrar as desigualdades entre as regiões, basta dividir o melhor pelo pior valor, como no exemplo abaixo.

Figura 11 – Expectativa de vida, Regiões administrativas, Porto Alegre, 2010



Podemos recolher narrativas, histórias de vida, histórias de instituições de saúde, de epidemias e morbidades, relatos de controle de agravos, de ações de saúde e educação, ações exitosas na voz de informantes chave, líderes comunitários, trabalhadores populares de saúde, profissionais de saúde, professores, moradores do local. Podemos ler documentos, usar dados históricos e atuais, mídias, relatórios institucionais. Ouvir contadores de histórias, rádios comunitárias, cantores populares, slam.

Não se podem esquecer os indicadores demográficos: quantos somos, qual a distribuição da população por idade e sexo, qual a escolaridade, principais ocupações, população urba-

na e rural, percentual de pessoas com e sem trabalho, migrantes. Tipo de moradia, abastecimento de água e esgoto, coleta de lixo, equipamentos sociais urbanos como escolas, praças, bibliotecas, centros comunitários e de lazer. Quais as taxas de natalidade e fertilidade das mulheres e qual o crescimento populacional.



Fotos: Stela Meneghel

Onde e como moramos?

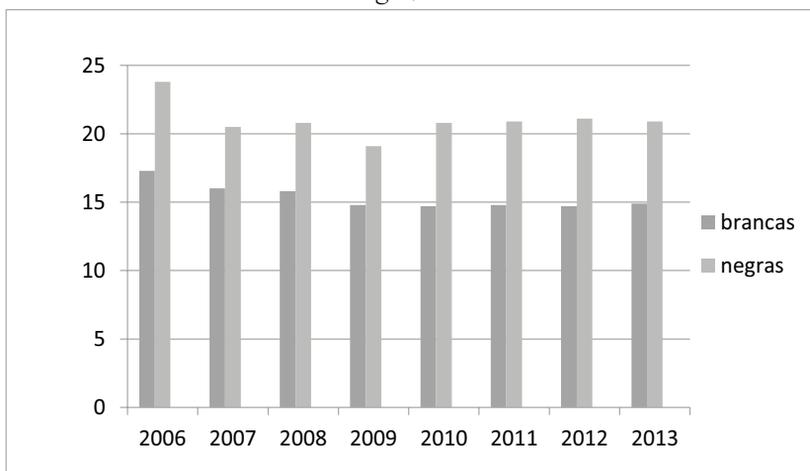


Foto: Stela Meneghel

Como são os serviços de água, saneamento e remoção de lixo?

Outro capítulo diz respeito aos indicadores de morbidade e mortalidade, em resposta a pergunta de que adoecem e morrem as pessoas no território? Quais são os coeficientes de mortalidade geral, infantil (tardia e neonatal), mortalidade de crianças e jovens? A mortalidade materna é elevada? Morrem muitas mulheres por aborto? Como estão as taxas de doenças como tuberculose, aids, hanseníase? Há muita diarreia e doença respiratória? Obesidade, hipertensão e diabetes? Gravidez em adolescentes? DSTs?

Figura 12 - Gravidez na adolescência segundo raça/cor,
Porto Alegre, 2006-2013



As pessoas possuem atividades de lazer ou só lhes resta comer, beber, fumar e ver televisão? É possível fazer atividades de rua?

Como estão os indicadores de violência e criminalidade? Há muitas famílias com membro encarcerado? Os jovens estão em conflito com a lei? Há serviços de apoio às pessoas e famílias?

Quais são os serviços de saúde disponíveis? Os serviços sociais? Quantos profissionais existem? Como está o acesso das pessoas aos serviços?

Bem, podemos arrolar muitos outros indicadores quantitativos e qualitativos, sem esquecer que a análise não é um fim por si só, ela é apenas uma parte da programação e implemen-

tação de ações de saúde. Há sempre poucos recursos e trabalhar em rede significa potencializar recursos e aumentar significativamente o poder de intervenção e de transformação social.

CONTE UMA HISTÓRIA

Relate ao grupo uma história local de uma intervenção em saúde que deu certo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução à Epidemiologia moderna**. 2ª. ed. Belo Horizonte: ABRASCO, 1992.

BARATA, R.B.B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **IESUS** v. 8, n. 1, p.7-17, 1999.

BRASIL. IPEA. **Retrato das Desigualdades**. Brasília: IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 3ª ed. Brasília: IPEA, 2008. <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/pdf/081216_retrato_3_edicao.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde** - 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Declaração de óbito**: documento necessário e importante. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br>>

/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017**. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 maio 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/t8jSAA>>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico: Tuberculose 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento da situação da febre amarela no Brasil**. 30.01.2018. Disponível em: <http://www.saudedoviajante.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=5>. Acesso em: 19 de maio de 2020.

BREILH, J. **Saúde na Sociedade**. ABRASCO: São Paulo, 1986.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Bertrand-Russel, 1986.

CHOR, D.; LIMA, C.R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.5, p.1586-1594, 2005.

ENGELS F **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2008.

GOULART, F.A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção em saúde. **IESUS**, v.8, n.2, p.17-27, 1999.

HEGENBERG, L. **Doença** - um estudo filosófico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

INSTITUTO FAZENDO HISTÓRIA (IFH). **Oficinas de sexualidade e gênero: como lidar**. 2017. Disponível em: <<https://www.fazendohistoria.org.br/blog-geral/2017/12/7/sistematizacao-da-oficina-sexualidade-e-genero-como-lidar>>. Acesso em: 12 de março de 2018.

LAURELL, A.C. A saúde/doença como processo social. In: NUNES, E. (org.) **Medicina Social**. São Paulo: Global, 1983.

LAURENTI, R. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo: EPU, 1985.

HEILBORN, M.L. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: Goldenberg, P. (org) **O Clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

MAC MAHON, B.; PUGH, T.F. **Princípios y metodos de epidemiologia**. 2. ed., México: Prensa Médica Mexicana, 1975.

MARTIN, D.; GOLDBERG, A.; SILVEIRA, C. Imigração, refúgio e saúde: perspectivas de análise sociocultural. **Saude soc**, v. 27, n.1, p. 26-36, 2018.

MELLO-JORGE, M.H.P. **As condições de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

MENEGHEL, S.N. **Epidemiologia: exercícios indisciplinados**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2015.

MENEGHEL, S.N. **Epidemiologia** – exercícios e anotações. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, 2009.

MONTEIRO, S. Desigualdades em saúde, raça e etnicidade. In: Monteiro, S.; Saussure, C. (org). **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: NUNES, E. (org.) **Medicina Social**. Global, São Paulo, 1983.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

SAFIOTTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL (SBMT). **Epidemia cruzada**: em meio à apreensão com o coronavírus, autoridades alertam para o aumento de casos de dengue. 11 de março de 2020. Disponível em: <<https://www.sbmt.org.br/portal/epidemia-cruzada-em-meio-apreensao-com-o-coronavirus-auto-ridades-alertam-para-o-aumento-de-casos-de-dengue/?locale=pt-BR>>. Acesso em: 15 de março de 2020.

SOUZA, S.S; SILVA, I.G.; SILVA, H.H.G. Associação entre incidência de dengue, pluviosidade e densidade larvária de *Aedes aegypti*, no Estado de Goiás. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. v.43, n.2, p.152-155, 2010.

