

Alexandre Freitas Silveira de Moraes

Breno Gomes Andrade

Gustavo Bitencourt Caetano Barros

Luiz Flávio Ferreira Filho

**O ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE DA
POPULAÇÃO RESIDENTE NA SUB-BACIA DO
RIBEIRÃO-IPANEMA**

IPATINGA

2018

Alexandre Freitas Silveira de Moraes

Breno Gomes Andrade

Gustavo Bitencourt Caetano Barros

Luiz Flávio Ferreira Filho

O ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO RESIDENTE NA SUB-BACIA DO RIBEIRÃO-IPANEMA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Metropolitano de Ensino Superior – Imes/Univaço, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jaqueline Melo Soares

Coorientador: Prof. Vinicius Lana Ferreira

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Analina Furtado Valadão

IPATINGA

2018

“Nossos sonhos esparramados adubam a vida, multiplicam, são o caminho da viagem”.

(Conceição Evaristo)

O ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO RESIDENTE NA SUB-BACIA DO RIBEIRÃO-IPANEMA

Alexandre Freitas Silveira de **Morais**¹; Breno Gomes **Andrade**¹; Gustavo Bitencourt Caetano **Barros**¹; Luiz Flávio **Ferreira Filho**¹; Analina Furtado **Valadão**²; Vinicius Lana **Ferreira**² & Jaqueline Melo **Soares**³

1. Acadêmicos do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/Imes - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/Imes – Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Coorientador do TCC.
3. Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/Imes – Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

RESUMO

INTRODUÇÃO: As leis que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) determinam que o acesso à saúde é um direito fundamental de todo ser humano e um dever do Estado. Entretanto, sabe-se que a cultura, os hábitos de vida e o acesso aos serviços básicos influenciam de forma decisiva a saúde da população. **OBJETIVO:** Descrever o perfil social, econômico e demográfico da população residente no povoado do Ipaneminha, assim como avaliar os indicadores de saúde aos quais os indivíduos estão sujeitos. **MÉTODOS:** Estudo descritivo e transversal. Em visitas domiciliares, os dados foram coletados por meio de um formulário respondido por um adulto responsável pelo domicílio detentor de plena capacidade de entendimento. Os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do programa Microsoft Excel 2013. **RESULTADOS:** Com relação aos dados familiares e as condições do domicílio, a maioria dos entrevistados foram mulheres (70,6%), com média de idade de 44,5 anos, autodeclarados pretos e em situação conjugal estável. 75,7% alegaram renda familiar de 1 salário mínimo. A grande maioria reside em casa própria (88,2%), onde coabitam de 3 a 4 pessoas. O serviço básico de coleta de lixo é oferecido para 88% dos entrevistados e 61,8% possui esgoto apenas canalizado. Quando questionados sobre a água utilizada na residência, 75,5% disseram ser de origem de cisterna ou poço artesiano e 76,5% não utilizam de cuidados prévios com a água. As questões correlacionadas com a saúde mostraram que 82,4% estão a menos de 1 km da unidade básica de saúde, mas apenas 26,5% recebem visitas de agentes comunitários de saúde no mínimo 1 vez ao mês. Diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HAS) foram as doenças mais presentes, com 25% e 31,2% de prevalência, respectivamente. Outro aspecto importante foi que apenas 23,5% praticam atividades físicas regulares. **CONCLUSÃO:** A população em análise possui um baixo nível socioeconômico e tal fator tem impacto na qualidade de vida e na saúde da população local. Esta constatação é feita levando-se em consideração alguns indicadores, como a falta de cuidado com a água para consumo e a associação de doenças crônicas (DM e HAS) combinada com a baixa adesão à prática de atividades físicas. Porém, por possuírem fácil acesso à unidade de saúde, sugere-se implementação de programas de educação em saúde, focando na melhora da qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção à Saúde. Zona rural. Indicadores de Saúde.

INTRODUÇÃO

O conhecimento de que as condições de vida da sociedade influenciam de forma decisiva a saúde é importante para a implementação de ações para que haja promoção do bem estar biopsicossocial dessa população, como informado na Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde e, posteriormente, ressaltada na Carta de Ottawa de 1986 (OMS, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípio a universalidade, cujo principal objetivo é garantir o acesso da população a bens e serviços que garantam saúde e o bem estar. Entretanto, o Brasil apresenta problemas multifatoriais, pois a dificuldade de acesso à saúde é decorrente de diversas causas, como a baixa renda em inúmeras regiões, precariedade dos mecanismos de referência e contrarreferência do sistema, que dificultam a oferta de atenção integral e coordenada à saúde da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006; TEIXEIRA, 2011; ALELUIA et al. 2017).

O conceito de saúde-doença, mesmo sendo muito reconhecido, tem se tornado mais efetivo e recentemente implantado na criação de políticas e estratégias públicas para melhorar a qualidade de vida e a saúde da população. Porém, a estratégia de impulsionar a atenção primária à saúde tem sido abordada e preconizada desde 1978, com a Conferência Internacional de Alma-Ata (CARVALHO, 2013; PRATES et al. 2017).

O acesso amplo à saúde vem sendo discutido frequentemente justificados pelos problemas enfrentados no Brasil. A oferta de serviços é baixa e a demanda é inversamente proporcional, principalmente nas regiões mais pobres, dificultando o exercício do direito à saúde, previsto no artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988. Apesar do aumento da oferta de serviços de saúde, a distribuição permaneceu desigual, pois o desinteresse dos profissionais da saúde em atuar em áreas pobres é potencializado pela falta de informação da população desses locais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006; PERES, 2011; SANCHO; SILVA, 2013).

Levando-se em consideração os aspectos supracitados, ressalta-se ainda que a desigualdade socioeconômica presente no país impede que a população tenha opção por serviços privados de saúde. Ademais a utilização de água tratada e de saneamento básico são essenciais para saúde, sendo que ambas são direitos universais do ser humano, como foi abordado no Conselho dos Direitos Humanos em

abril de 2011 (NISHIJIMA et al., 2010; UNW-DPAC, 2015).

O bairro Ipaneminha é o maior de Ipatinga em extensão, com 50,4 km², e é considerado zona rural do município. A cidade supracitada, juntamente com as cidades de Coronel Fabriciano, Timóteo e Santana do Paraíso constituem o Vale do Aço. Tal região possui importância no setor de siderurgia, com relevância nacional em produção e industrialização do aço. Ipatinga, o mais importante município do Vale do Aço, possui Índice de Desenvolvimento Humano de 0,806, que é considerado elevado, sendo o 16º melhor IDH de Minas Gerais (IBGE, 2012).

Assim, o presente trabalho visa descrever o perfil social, econômico e demográfico da população residente no povoado do Ipaneminha, assim como avaliar os indicadores de saúde aos quais os indivíduos estão sujeitos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e transversal do tipo inquérito domiciliar de base populacional. A amostra do estudo foi constituída por pessoas maiores de 18 anos de idade, residentes nos domicílios da comunidade Ipaneminha, em Ipatinga/MG, considerada como zona rural do município.

Um adulto responsável foi abordado em cada domicílio para a aplicação do formulário. E, preconizando uma amostragem dos moradores do distrito, o núcleo de residências do local, constituído por 34 casas de famílias, foi selecionado para o estudo em análise.

Foram excluídos da pesquisa pessoas com incapacidade ou impossibilidade de responder à entrevista ou que se negassem a participar do estudo. Foram aplicados 34 formulários, um para cada núcleo familiar, e todas as famílias contavam com um participante apto. As atividades de campo ocorreram entre novembro de 2016 e março de 2017.

Os moradores foram visitados em suas casas, e após breve explicação do projeto manifestavam ou não o desejo de participar. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e após assinatura deste (em duas vias) foi iniciado o preenchimento do formulário domiciliar. Este, continha perguntas sobre as características do domicílio, tanto socioeconômicas e culturais quanto de saúde dos residentes, assim como cobertura, acesso e utilização

dos serviços públicos de saúde.

Os pesquisadores (no mínimo dois para cada visita domiciliar) se colocaram à disposição para leitura das perguntas e auxílio no preenchimento para aqueles que solicitaram ajuda. E, após o preenchimento do formulário, esses se certificaram do seu total preenchimento visando evitar perda de informações.

Os dados obtidos foram tabulados e analisados pelo programa Microsoft Excel 2013.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisas (CEP) do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, sob o protocolo número 658.574 e CAAE 29923014.0000.5095.

RESULTADOS

Dos 34 entrevistados, a média de idade foi de 44,5 anos, do gênero feminino (70,6%) e que se autodeclararam preto ou pardo e casados; sendo que, o tempo médio em que viviam na Bacia do Ribeirão Ipanema foi de 30,8 anos. Os moradores avaliados relataram ter abandonado os estudos entre a 1ª e a 5ª série do ensino fundamental (44,12%) e possuem uma renda familiar de até um salário mínimo (75,8%), que evidenciou um baixo nível de instrução e renda (Tabela 1).

TABELA 1: Perfil sociodemográfico da população residente no Ipaneminha, Ipatinga/MG, 2016.

Variáveis	Frequência (n=34)	%
Sexo		
Masculino	10	29,4
Feminino	24	70,6
Faixa etária (anos)		
18 a 24 anos	4	11,7
25 a 39 anos	7	20,5
40 a 59 anos	18	52,9
60 anos e mais	5	14,7

TABELA 1: Perfil sociodemográfico da população residente no Ipaneminha, Ipatinga/MG, 2016. (Continuação)

Variáveis	Frequência (n=34)	%
Grau de instrução		
Sem estudo formal	5	14,71
Da 1ª a 5ª série	15	44,12
Da 6ª a 9ª série	9	24,47
Ensino médio incompleto	4	11,76
Ensino médio completo	1	2,94
Estado Civil		
Solteiro	8	23
Casado ou vive com companheiro (a)	23	68
Divorciado ou separado	3	9
Cor da pele autorreferida		
Branco	8	24
Preto	14	41
Pardo	11	32
Amarelo	1	3
Renda familiar		
Sem renda	1	3,03
Até 1 salário mínimo	25	75,76
De 1 a 2 salários mínimos	6	18,18
De 2 a 5 salários mínimos	1	3,03

A partir da análise detalhada dos dados é notada uma relação com a renda e a escolaridade. É possível observar que o número de pessoas que se consideram com menor nível de escolaridade tem renda inferior ou igual a um salário mínimo.

Em relação ao domicílio, 88,2% são próprios, onde moravam, em sua maioria, três a quatro pessoas (52,9%) e o arranjo familiar mais encontrado foi de moradores vivendo com companheiros e filhos (Tabela 2).

TABELA 2: Informações sobre o domicílio dos moradores do Ipaneminha, Ipatinga/MG, 2016.

Variáveis	Frequência (n=34)	%
Situação da residência		
Imóvel próprio	30	88,2
Imóvel alugado	4	11,8
Esposo (a) / companheiro (a)	23	67,6
Filhos	19	55,9
Pais	4	11,7
Irmãos	3	8,9
Outros familiares/ amigos	5	14,7
Vive sozinho	2	5,9
Itens presentes na residência		
Eletricidade	32	94,1
Geladeira	33	97
Televisão	30	88,2
Máquina de lavar roupa	17	50
Computador	2	5,9
Telefone	12	35,3
Automóvel	9	26,5
Destino do lixo gerado		
Recolhido	30	88
Queimado	3	9
Exposto	1	3
Itens de saneamento presentes nas casas		
Banheiro	32	94,1
Fossa rudimentar	5	15,1
Fossa séptica	21	61,8
Caixa de gordura	11	32,3

Sobre a residência, foi questionada a existência de alguns itens, cuja presença da geladeira e da televisão estão presentes em quase todos os domicílios. A presença de máquina de lavar roupas em 50% dos domicílios (Tabela 2) foi um dado que chamou atenção.

No que diz respeito ao destino do lixo, 88% relataram ter seu lixo recolhido regularmente. Grande parte dos moradores afirmaram lançar o esgoto das casas em fossas sépticas (61,8%) e outros (15,1%) afirmaram lançar o esgoto em fossa rudimentar. Já em relação à caixa de gordura no domicílio, 32,3% afirmam possuírem (Tabela 2).

Entre os moradores, a maioria afirmou que a água utilizada em suas casas tem como origem poço artesiano ou cisterna, enquanto 23,5% dos entrevistados afirmaram que a água vem de bica ou nascente. Um dado positivo importante foi que a maior parte dos entrevistados (91,2%) utiliza caixa d'água com tampa e a maioria realiza a sua limpeza semestralmente (Tabela 3).

Foi perguntado a esses moradores quais eram os cuidados que tinham com a água para o consumo diário e, estes, relatam que utilizam a água sem nenhum cuidado prévio (76,5%), e apenas 8,8% fervem a água para consumo. Apesar disso, a maior parte dos entrevistados (61,8%) afirmou ter recebido algum tipo de instrução sobre tratamento de água e, cerca de 65% destes, utilizam filtro de água, sendo que a grande maioria realiza a substituição da vela com frequência (Tabela 3).

TABELA 3: Informações sobre o consumo e armazenamento de água no Ipaneminha, Ipatinga/MG, 2016.

Variáveis	Frequência (n=34)	%
Já receberam instrução sobre tratamento de água		
Sim	21	61,8
Não	13	38,2
Fonte da água utilizada		
Poço artesiano ou cisterna	26	76,5
Bica ou nascente	8	23,5
Frequência de limpeza da caixa-d'água com tampa		
Semestralmente	19	55,9
Em outra frequência ou não realiza	12	35,3
Não utilizam caixa-d'água	3	8,8
Cuidados com a água antes do consumo		
Nenhum cuidado prévio	26	76,5
Adicionam cloro	5	14,7
Fervem a água	3	8,8

TABELA 3: Informações sobre o consumo e armazenamento de água no Ipaneminha, Ipatinga/MG, 2016. **(Continuação)**

Variáveis	Frequência (n=34)	%
Substituição da vela do filtro de água		
Com frequência	21	61,8
Não realiza	1	2,9
Não utilizam filtro de água	12	35,3

Com relação às condições de saúde e ao acesso aos serviços de saúde da população, a maior parte dos entrevistados afirmou que a unidade básica de saúde mais próxima está a menos de 1 km de distância das suas casas e a grande maioria dos moradores vão a pé até a unidade. No presente estudo, cerca de 65% dos domicílios recebem visitas dos agentes comunitários de saúde, porém, em somente 26,5% dos casos, essas visitas são mensais (Tabela 4).

Quando questionados se todos os moradores do domicílio possuíam cartão de vacina atualizado, a maioria afirmou ter o cartão atualizado e os demais não sabiam ou não possuíam o cartão atualizado. Ainda sobre os cuidados à saúde, 70,6% dos entrevistados afirmaram ter realizado alguma consulta de saúde nos últimos 12 meses, e os profissionais consultados estão descritos na Tabela 4.

TABELA 4: Informações relativas aos dados de saúde e acesso à saúde da população residente no Ipaneminha, Ipatinga/MG, 2016.

Variáveis	Frequência (n=34)	%
Distância da residência até a unidade de saúde mais próxima		
Menos de 1 km	28	82,4
De 1 a 3 km	3	8,8
De 3 a 6 km	0	0
Superior a 6 km	0	0
Não sabe informar	3	8,8

TABELA 4: Informações relativas aos dados de saúde e acesso à saúde da população residente no Ipaneminha, Ipatinga/MG, 2016. **(Continuação)**

Variáveis	Frequência (n=34)	%
Meio de locomoção usado para ir à unidade de saúde		
A pé	32	94,1
Bicicleta	0	0
Carro ou moto	0	0
Táxi	0	0
Ônibus	1	2,95
Transporte gratuito	1	2,95
Frequência das visitas de agentes comunitários de saúde		
Mensalmente	9	26,5
Em outra frequência	13	38,2
Não recebe	12	35,3
Compareceu a consulta nos últimos 12 meses		
Médico	18	52,9
Enfermeiro	3	8,8
Dentista	7	20,6
Não consultou	10	29,4
Cartão de vacinas atualizado		
Sim	24	70,6
Não	6	17,6
Não sabe informar	4	11,8

A doença mais prevalente na população em estudo foi a hipertensão arterial, seguida de diabetes (Tabela 5). Outras doenças citadas foram: anemia, epilepsia, glaucoma, paraplegia e zika.

A grande maioria dos entrevistados relatou não terem casos de adolescente grávida na família. Somente 21,2% dos moradores afirmaram ocorrência de algum acidente grave com alguém da residência (Tabela 5), e esses acidentados tinham uma média de idade de 31,7 anos na época do acidente. Os acidentes citados foram, principalmente, os automobilísticos, quedas e ingestão excessiva de medicamentos.

A respeito da presença de insetos e outros vetores de doenças no domicílio, a maioria respondeu que eles estão presentes nas casas, e em sua maioria trata-se de mosquitos/moscas (44,1%) e baratas (32,3%), seguidos por ratos e carrapatos (Tabela 5).

Somente 23,5% dos moradores afirmaram praticar algum tipo de atividade física (Tabela 5), sendo que a atividade mais relatada foi a prática de caminhada. A minoria dos entrevistados disse ter alguma atividade ou espaço de lazer e entre estes são citados: a escola, a jardinagem, a quadra, o quintal e a igreja.

TABELA 5: Informações relativas aos fatores de risco, comorbidades e doenças presentes na população residente no Ipaneminha, Ipatinga/MG, 2016.

Variáveis	Frequência (n=34)	%
Doenças presentes em algum morador da residência no último ano		
Diabetes	8	23,5
Hipertensão arterial	10	29,4
Depressão	4	11,7
Asma ou bronquite	5	14,7
Diarreia	3	8,8
Dengue	2	5,8
Outras	5	14,7
Presença de gravidez na adolescência de algum morador da residência		
Sim	5	15,2
Não	29	84,8
Histórico de acidente grave com algum morador da residência		
Sim	7	21,2
Não	27	78,8
Presença de insetos e outros vetores de doenças dentro da residência		
Ratos	7	20,5
Baratas	11	32,3
Mosquitos/ moscas	15	44,1
Carrapatos	4	11,8
Outros	3	8,8
Não possui	10	29,4

TABELA 5: Informações relativas aos fatores de risco, comorbidades e doenças presentes na população residente no Ipaneminha, Ipatinga/MG, 2016. **(Continuação)**

Variáveis	Frequência (n=34)	%
Prática de atividades físicas regulares		
Sim	8	23,5
Não	26	76,5
Presença de atividade ou espaço de lazer na rotina da família		
Sim	8	23,5
Não	26	76,5

DISCUSSÃO

O município de Ipatinga está localizado no leste de Minas Gerais, com uma população estimada em 2017 de 261.203 habitantes, e densidade demográfica de 1.452,34 habitantes por Km² (IBGE, 2012; IBGE, 2017). No Decreto de número 3.350, de 12 de junho de 2014, no Artigo 61 o Ipaneminha é descrito como um dos núcleos e ocupações de características urbanas inseridas na área rural pertencente ao município de Ipatinga. Assim como descrito por Baeninger (1998) o conceito tradicional de área rural, em que era associada à produção e cultivo passou a ser representado por uma extensão da dinâmica urbana. Para a organização de ações e de serviços públicos de saúde nesse entorno, há integração de redes que têm como núcleo a unidade básica de saúde e, conseqüentemente, foco na atenção primária com a responsabilidade de gestão em saúde do município (FERREIRA JÚNIOR, 2017).

Após análise das respostas colhidas, foi possível perceber que a realidade presente no local é comum a outros, como descrito por Toigo e Conterato (2017) no Território Rural Zona Sul do Rio Grande do Sul, em que a pobreza e a vulnerabilidade, apesar de distintas, possuem certa correlação uma com a outra. Ainda que os aspectos supracitados não sejam diretamente ligados apenas à renda, sendo ligadas principalmente às limitações em aspectos como liberdade e oportunidades individuais.

Os entrevistados tiveram um perfil predominante de mulheres, pretos ou pardos, média de idade de 44,5 anos, casados, que abandonaram os estudos entre a 1ª e 5ª série do ensino fundamental, com uma renda familiar de até 1 salário mínimo. A população do município de Ipatinga é de, em sua maioria, mulheres, pardos, com uma taxa de escolaridade de 6 a 14 anos de 97,8%, com uma média salarial de 2,5 salários mínimos (IBGE, 2012). Apesar dos entrevistados serem predominantemente mulheres, o Censo de 2010 descreveu uma distribuição quase igualitária entre os gêneros na zona rural de Ipatinga.

Este estudo demonstra que a maioria da população residente no Ipaneminha possui um núcleo familiar composto por 3 a 4 pessoas. Sendo este dado compatível com fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2015, em que, através da pesquisa nacional de saúde, estimou a densidade domiciliar brasileira em 3,1 moradores por domicílio. Na literatura, é relatado a relação da alta taxa de densidade domiciliar com a necessidade em saúde, isso se justifica pelo espelhamento das condições ambientais e sanitárias, como descrito por Ferreira Júnior et al. (2017). A mesma relação é característica da população de baixa renda, justificada pelas condições de vida precárias gerando, conseqüentemente maior necessidade em saúde (FERREIRA JÚNIOR et al., 2017).

Um dado positivo que chama atenção na presente pesquisa, é que 88% dos moradores da região estudada relataram ter coleta de lixo, enquanto que no Brasil, este serviço só está disponível em 33,3% dos domicílios da área rural (IBGE, 2015).

O abastecimento de água tratada e recursos hídricos são pilares importantes presentes na crise urbana, sendo a ausência de água potável um indicativo dos primeiros sinais de vulnerabilidade da população (JULIANO; MALHEIRO; MARQUES, 2016). Como consequência, a cada vinte segundos uma criança morre no mundo por afecções, inclusive aquelas de veiculação pela água, como diarreia, cólera, tifo, entre outras, que contabiliza cerca de 1,5 milhões de mortes por ano (OLIVEIRA et al., 2015).

Ainda segundo os dados do IBGE (2015), 71,4% dos domicílios brasileiros situados na área rural possuem água tratada e somente 5,6% das residências brasileiras, sem fazer distinção entre área rural e urbana, possuem esgotamento sanitário. Todavia, na área estudada, nenhum domicílio possuía água tratada, o que torna a situação da comunidade distante da realidade brasileira.

A maioria dos entrevistados (76,5%) relataram não ter nenhum cuidado prévio com a água antes do consumo. Então, faz-se necessário divulgar a importância dos cuidados com a água, já que doenças de transmissão hídrica constituem um problema de saúde pública mundial (KLEIN; BISOGNIN; FIGUEIREDO, 2017).

Segundo Oliveira et al. (2015) as consequências da falta de saneamento básico serão minimizadas quando associadas a uma tecnologia social, através de processos educativos para vencer os preconceitos e investir na instrução de hábitos de higiene no cotidiano.

O acesso ao serviço de saúde é definido como complexo e relacionado a percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e em uso (PINHEIRO et al., 2002). Embora o acesso universal seja princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) e histórica bandeira da reforma sanitária, o movimento institucional, o debate e as lutas pela garantia do acesso ao cuidado no SUS parecem ter esfriado ao longo dos anos posteriores à sua legalização. Não obstante, esse tema ter sido abordado pelo Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente renomeado Estratégia Saúde da Família (ESF), como eixo reestruturador e expansor da atenção primária à saúde (APS) brasileira, a discussão institucional sobre o acesso foi ativada apenas tardiamente através da Diretriz do Acolhimento (TESSER; NORMAN, 2014).

A política de saúde pública está consolidada no Brasil desde a Constituição Federal de 1988 no Sistema Único de Saúde (SUS). Com base nos princípios da integralidade da atenção, equidade e universalidade no acesso aos serviços e ações de saúde, sendo operacionalizado pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado, além da participação da comunidade (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

No conceito de integralidade da atenção básica em saúde, a visita domiciliar é de suma importância, sendo um recurso antigo da saúde e que, na atualidade, representa uma ferramenta viabilizadora dos princípios da Estratégia da Saúde da Família (ESF), como a criação de vínculos com o usuário e sua família e a longitudinalidade no atendimento (BARBOSA et al., 2016).

Quanto à frequência das visitas dos agentes de saúde, foi verificado que, na região Sudeste, 41,6% dos domicílios recebem visita mensal e que essa taxa é maior na zona rural (62,7%) o que difere deste presente trabalho que indica que a presença do agente de saúde na comunidade é pequena. Vale ressaltar que a proporção de

casas que nunca receberam visita de agentes de saúde na zona rural no Brasil é de 8,6% (IBGE, 2015).

Segundo Monteiro et al. (2018), as ações de prevenção em saúde proporcionam grande impacto nos indicadores de saúde. O Brasil é referência na área de imunização e, o Programa Nacional de Imunização, abrange todas as faixas etárias, através de campanhas para conscientização social. De acordo com a análise dos resultados obtidos neste trabalho, a população deste estudo possui alta taxa de cobertura vacinal, onde 70,6% dos habitantes abordados relataram apresentar seu cartão vacinal atualizado, enquanto o município de Ipatinga, de acordo com o DATASUS, possui cobertura vacinal de 39,57%, sendo esta porcentagem obtida através da cobertura total da população do município e, não somente, de um grupo ou faixa etária específica, como foi realizado no estudo vigente (BRASIL, 2018).

A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo IBGE (2015), mostrou que 71,2% dos brasileiros consultaram com médicos nos últimos 12 meses, enquanto na região Sudeste a taxa foi de 75,8%. Entretanto, a população estudada relata que o acesso a consultas médicas, no último ano, foi de, apenas, 52,9%. Ainda, apenas 29% da população do Ipaneminha teve acesso à consulta com dentistas no último ano, enquanto a média brasileira foi de 44,4%, segundo o IBGE (2015), o que exemplifica a dificuldade ao acesso a serviços básicos de saúde.

Viegas, Carmo e Luz (2015) relatam em seu trabalho problemas em relação aos profissionais de saúde, dentre os quais destaca-se o papel do médico. Dificuldade na marcação, a falta e rotatividade dos profissionais são situações relatadas por pacientes. Outro fator limitante relatado foi a dificuldade dos profissionais de saúde em acolher as reais necessidades dos usuários. Por outro lado, profissionais e gestores relataram que um acesso muito facilitado geraria uso desnecessário dos serviços.

Com relação à dengue, 5,8% dos entrevistados relataram sobre sua presença, o que pode ser relacionada com a presença de vetores domiciliares, dos quais, moscas e mosquitos, foram referidos por 44,1% dos habitantes avaliados. De acordo com o IBGE (2015), no sudeste, 10,8% da população foi acometida pela infecção. Quando se compara pela situação do domicílio, a dengue acometeu 13,8% na área urbana, enquanto na área rural foi de 7,7%. Pedroso, Mendes e Moura (2012) colocam, em seu estudo, que a dengue se relaciona às variáveis climáticas e de pluviosidade local, que determinam a dinâmica do vetor. Com isso, as ferramentas de

gestão podem ser empregadas para desenvolvimento de ações eficientes nos âmbitos de cura, promoção, prevenção e combate a este.

É visível que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) foram as doenças mais relatadas neste estudo, 29,4% e 23,5%, respectivamente, e é conhecido que ambas impactam diretamente no risco cardiovascular dos pacientes. Entretanto, Dutra (2016) relatou em seu estudo, que a maioria dos pacientes desconhece os principais fatores de risco, relatando apenas a ingestão de sal e fatores estressantes, esquecendo-se de outros fatores como, tabagismo, idade, etnia, gênero, falta de atividade física, uso constante de álcool, entre outras. Vale ressaltar que dietas hipersódicas e hipercalóricas elevam o risco de desenvolvimento tanto de HAS, quanto DM, além de patologias como obesidade, neoplasias e demais doenças crônicas não-transmissíveis. Como é apontado na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão há fatores importantes no controle da HAS, por exemplo, a diminuição de ingestão de sal, cessação do tabagismo e prática de atividades físicas regulares. E, como analisado no estudo em questão, 76,5% daquela população não pratica qualquer tipo de atividade física regularmente. Tal percentual é semelhante ao apresentado por Dutra (2016) em que 73% dos entrevistados são sedentários.

O estudo realizado por Mielke et al. (2015) demonstrou a diferença da prática de atividade física nos subgrupos populacionais, sendo os sedentários mais frequentes nos subgrupos do sexo feminino, maiores de 75 anos e com menor grau de instrução. Teixeira et al. (2014) relata que os hábitos de vida são interdependentes com os fatores do ambiente em suas diversas dimensões, como também aos fatores ligados ao acesso aos serviços de saúde e que refletem nos marcadores biológicos. E isso reflete na saúde das pessoas tendo em vista que a prática de atividade física regular é de fundamental importância na prevenção e controle de doenças crônicas, inclusive da hipertensão arterial, diabetes mellitus e, conseqüentemente, na redução da morbimortalidade cardiovascular (DUTRA et al., 2016).

A existência de diversos níveis de desigualdades faz com que as condições de acesso de diferentes áreas da população sejam desiguais. Com esse raciocínio, o princípio da equidade é fundamental na consecução da universalidade. Sendo assim, é um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) que a política de saúde no Brasil seja universal e reconheça as desigualdades, gerando meios para minimizá-las (FERRAZ; KRAICZYK, 2010). Sendo que estes podem ser determinados pela acessibilidade geográfica e fatores socioculturais e econômicos que retratam as

desigualdades e vulnerabilidades da sociedade (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

Com o intuito de combater as desigualdades desse acesso, foi instituído pela lei 12.871, em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), sendo um dos objetivos o provimento emergencial dos médicos em áreas vulneráveis, além de medidas de fortalecimento e consolidação da Atenção Primária (SILVA et al., 2016). Vale lembrar que entre os desafios mais urgentes do SUS estão a ampliação do acesso e a adequação dos serviços ofertados (VIANA et al., 2015).

Entretanto, é indiscutível que as populações de diferentes localidades tenham de usufruir de uma organização com base na oferta e no financiamento dos serviços implantados, de forma que promova a garantia do acesso equitativo aos serviços públicos, inclusive de saúde (FERREIRA JÚNIOR et al., 2017).

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou a vulnerabilidade social da população do Ipaneminha, constatada através dos dados socioeconômicos locais, principalmente na parte do acesso à informação, que é intimamente ligada à educação formal e possui relação direta com a renda. Outros aspectos como a falta de cuidado com a água para consumo e a associação de doenças crônicas (DM e HAS) com a baixa adesão à prática de atividades físicas impactam diretamente no processo saúde-doença. Porém, por possuírem fácil acesso à unidade de saúde, sugere-se implementação de programas de educação em saúde, com foco num incremento à qualidade de vida.

ACCESS TO HEALTH SERVICE OF THE RESIDENT POPULATION IN THE IPANEMA RIVERSIDE AREA

Abstract

INTRODUCTION: The laws that govern the Unified Health System (SUS - Sistema Único de Saúde, in Portuguese) determine that access to health is a fundamental right of every human being and a duty of the State. However, it is known that culture, life habits and access to basic services decisively influence the population health. **AIM:** To describe the social, economic and demographic profile of the resident population in Ipaneminha, as well as to evaluate the health indicators to which individuals are subject. **METHODS:** Descriptive and cross-sectional study. In-home visits, data were collected through a form answered by an adult responsible for the domicile with full cognitive capacity. The data were analyzed using the Microsoft Excel 2013 program. **RESULTS:** Regarding the family data and household conditions, the majority of respondents were women (70.6%), with a mean age of 44.5 years, self-declared blacks and in stable marital status. 75.7% claimed the family income of 1 minimum wage. 88.2% resides in their own home, with an average of 3 or 4 people per household. Eighty-eight percent (88%) of the interviewees have access to basic garbage collection service and 61.8% have sewage. When questioned about the water used in the residence, 75.5% said they were from the private well or on-site ("septic") system and 76.5% did not have the custom to use previous water care. Health-related issues showed that 82.4% are less than 1 km from the basic health unit, but only 26.5% receive visits from community health agents at least once a month. Diabetes mellitus (DM) and arterial hypertension (AH) were the most prevalent diseases, with 25% and 31.2% prevalence, respectively. Another important aspect was that only 23.5% practiced regular physical activities. **CONCLUSION:** The studied population has a low socioeconomic level, impacting on the life quality and health, in general, of the local population. This finding is made taking into account some indicators, such as the lack of care with drinking water and the association of chronic diseases (DM and AH) combined with the low adherence to the practice of physical activities. However, they have easy access to the health unit. It is suggested to implement health education programs, focusing on improving the life quality.

KEYWORDS: Health care. Rural area. Health indicators.

REFERÊNCIAS

- ALELUIA, I. R. S. et al . Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 6, p. 1845-1856, jun. 2017.
- BAENINGER, R. A nova configuração urbana no Brasil: desaceleração metropolitana e redistribuição da população. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, XI. **Anais...** Caxambú: ABEP, p. 729-772, 1998.
- BARBOSA, D. C. M. et al. Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 4, p. 360-366, 2016.
- BRASIL. **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/CNV/CPNIMG.def>>. Acesso em: abril 2018.
- BUSS, P. M., PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.9, p. 2005-8, 2006.
- CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>>. Acesso em: dez. 2017.
- DUTRA, D. D. et al. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde Cardiovascular disease and associated factors in adults and elderly registered in a basic health unit. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4501-4509, 2016.
- FERRAZ, D; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.
- FERREIRA JÚNIOR, S. et al. Desigualdades nas Necessidades em Saúde entre os Municípios de Minas Gerais: uma Abordagem Empírica no Auxílio às Políticas Públicas. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 1, n. 2, p. 105-119, 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: dez. 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população residente no Brasil e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100923.pdf>>. Acesso em: dez. 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde: 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: nov. 2017.

JULIANO, E. F. G. A.; MALHEIROS, T. F.; MARQUES, R. C. Lideranças comunitárias e o cuidado com a saúde, o meio ambiente e o saneamento nas áreas de vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 789-796, 2016.

KLEIN, L. R.; BISOGNIN, R. P.; FIGUEIREDO, D. M. S. Estudo do perfil epidemiológico dos surtos de doenças de transmissão hídrica e alimentar no Rio Grande do Sul: uma revisão dos registros no Estado. **Revista Hygeia**, v. 13, n. 25, p. 48-64, 2017.

MIELKE, G. I. et al. Diferenças regionais e fatores associados à prática de atividade física no lazer no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde-2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 158-169, 2015.

MONTEIRO, C. N. et al. Cobertura vacinal e utilização do SUS para vacinação contra gripe e pneumonia em adultos e idosos com diabetes autorreferida, no município de São Paulo, 2003, 2008 e 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, e2017272, maio 2018.

NISHIJIMA, M.; CYRILLO, D. C.; BIASOTO JUNIOR, G. Análise econômico da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 589-611, 2010.

OLIVEIRA, J. P. M. et al. Saúde/doença: as consequências da falta de saneamento básico. **Informativo Técnico do Semiárido**, v. 9, n. 2, p. 23-29, 2015.

- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diminuindo diferenças**: A prática das políticas sobre determinantes sociais de saúde. Rio de Janeiro: OMS; 2011. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2017.
- PEDROSO, L. B.; MENDES, P. C.; MOURA, G. G. Ocorrência e distribuição espacial da dengue no Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba. **Caderno Prudentino de Geografia**. Presidente Prudente, n.34, v.2, p.120-134, dez. 2012.
- PERES, M. A. C. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Sociedade e Estado**, v. 26, n. 3, p. 631-661, 2011.
- PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 7, n. 1, p. 687-707, 2002.
- PRATES, Mariana Louzada et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1893, jun. 2017.
- SANCHO, L. G., SILVA, N. E. K. Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideias. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 371-39, 2013.
- SILVA, B. P. et al. Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 2899-2906, 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, p. 1-64. 2010.
- TEIXEIRA, C. Os Princípios do Sistema Único de Saúde. **Conferências Municipal e Estadual de Saúde**, p.1-10, 2011.
- TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 1, p. 52-68, 2014.
- TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, setembro de 2014.

TOIGO, C. H.; CONTERATO, M. A. Pobreza, Vulnerabilidade e Desenvolvimento no Território Rural Zona Sul: o que aponta o Índice de Condição de Vida?. **Revista Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 267-284, jun. 2017.

UW-DPAC. UNITED NATIONS - WATER DECADE PROGRAMME ON ADVOCACY AND COMMUNICATION. **O Direito Humano à Água e Saneamento**. Disponível em:

<http://www.un.org/waterforlifedecade/pdf/human_right_to_water_and_sanitation_media_brief_por.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.

VIANA, D.M. et al. A educação permanente em saúde na perspectiva do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem Centro-Oeste Mineiro**. v. 5, n. 1, p. 1658-68, 2015.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015.