

Anais do Seminário Estadual de Geografia da Saúde - SC

2018



Instituto Federal Catarinense
Blumenau – Santa Catarina

Somos filiados



Editora Universitária Instituto Federal Catarinense

Rua das Missões, nº 100

Ponta Aguda – Blumenau – SC

CEP 89051-000

Anais do Seminário Estadual de Geografia da Saúde
(1. : 2018 : Blumenau)

Anais [recurso eletrônico] / do Seminário
Estadual de Geografia da Saúde, Blumenau, 19-20
março. 2018 ; organizado por Eduardo Augusto
Werneck Ribeiro. - Blumenau : Editora Instituto
Federal Catarinense, 2018

51 p. : il.

Disponível em: [http://
http://editora.ifc.edu.br/wp-
content/uploads/sites/33/2018/10/Anais-do-semin
%C3%A1rio-Geosaude-SC.pdf](http://http://editora.ifc.edu.br/wp-content/uploads/sites/33/2018/10/Anais-do-semin%C3%A1rio-Geosaude-SC.pdf)

ISBN: 978-85-5644-020-4

DOI: 10.21166/semgeo2018

1.Geografia da Saúde. 2. Seminário. 3.Desastres.
I. Ribeiro, Eduardo Augusto Werneck. II. Título.

	Páginas
Saúde, Ambiente e Desenvolvimento na microrregião de Chapecó -SC e Erechim-RS: observatório Geográfico da Fronteira Sul <i>Vitor Hugo Batista Santos Venir, Guilherme Baldissera Robenson Milius e Jane Kelly Oliveira Friestino</i>	3 - 6
Ações de Saúde em Cidades Turísticas <i>Maria Angélica de Moraes Assumpção Pimenta, Margarita Barretto</i>	7 - 11
Reflexão da questão de saúde em aglomerados subnormais do bairro Redenção, Manaus (AM) <i>Jessyca Mikaelly Benchimol de Andrade e Adorea Rebello da Cunha Albuquerque</i>	12 - 15
Envelhecimento Populacional e a Necessidade de Formação de Recursos Humanos Qualificados: Proposta de Criação de Curso Técnico em Cuidados de Idosos <i>Flávia de Souza Fernandes e Alessandra Domingues Malheiro</i>	16 - 18
Clima e crises externas cardíacas em pacientes em andamento no Hospital Universitário de Santa Maria, RS..... <i>Iago Turba Costa e Cássio Arthur Wollmann</i>	19 - 23
Promoção da Saúde de jovens com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em escolas de Presidente Prudente – SP..... <i>Matheus de Carvalho Moreno</i>	24 - 28
Evidências sobre Intervenções da Atenção Primária de Saúde em situações ou contextos de Desastres Naturais: Revisão Sistemática da Literatura <i>Gisele Cristina Manfrini Fernandes; Raíza Santos Treich e Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa.</i>	29 - 34
Análise espacial da pobreza e vulnerabilidade social na cidade de Santa Maria, RS, no período de 2000 a 2010 <i>Pedro Leonardo Cezar Spode, Liliâne Milani de Moraes e Rivaldo Mauro de Faria</i>	35 - 38
A Territorialização dos serviços da Atenção Básica à Saúde na área urbana do município de Santa Maria, RS..... <i>Douglas Bouvier Erthal, Rivaldo Mauro Farias, Paloma da Silva Savian e Priscila de Aguiar</i>	39 - 43
A influência de fatores ambientais na ocorrência de doenças respiratórias em crianças e adolescentes no município de Guarapuava – PR..... <i>Glauco Nonose Negrão e Douglas Pietrobon Deparis</i>	44 - 50

Saúde, Ambiente e Desenvolvimento na microrregião de Chapecó -SC e Erechim-RS: observatório Geográfico da Fronteira Sul

Vitor Hugo Batista Santos Venir

Guilherme Baldissera Robenson Milius

Jane Kelly Oliveira Friestino

Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó

Palavras-chave: Indicadores de Saúde, Desenvolvimento regional, Saúde Coletiva.

Introdução

Na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) o Núcleo de Estudos Ambiente, Território e Paisagem (NETAP) busca se tornar referência no estudo da geografia na região da Fronteira Sul, tendo primariamente sua atenção voltada às microrregiões dos municípios de Chapecó-SC e Erechim-RS. Nesse contexto foi aprovado na Fundação de Apoio à Pesquisa Científica do Estado de Santa Catarina (FAPESC), o projeto “Observatório Geográfico da Fronteira Sul: construindo e compartilhando experiências para a democratização do acesso às informações regionais”.

No âmbito do observatório, é executado o projeto de iniciação científica e tecnológica intitulado “Informações em Saúde no Observatório Geográfico da Fronteira Sul”, que vem com o objetivo de enriquecer a base de dados do observatório com informações sobre os principais indicadores de saúde nos municípios das microrregiões abrangidas pelo projeto, bem como a definição da localização e estruturação da rede pública de atendimento de saúde dos municípios de Chapecó-SC e Erechim-RS, nos diferentes níveis de complexidade.

No Sistema Único de Saúde (SUS) temos a territorialização como uma das bases de organização e estruturação dos serviços e práticas de atenção à saúde. Isso porque a vinculação entre a geografia e a saúde permite conhecer a realidade da população de determinado território, fazendo com que as práticas adotadas sejam voltadas para as características epidemiológicas, políticas, sociais e culturais particulares de cada localidade, favorecendo tanto o atendimento desses particulares quanto fortalecendo o vínculo entre equipe e pacientes (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

O problema

Tendo em vista a importância da territorialização, um dos objetivos iniciais do projeto era desagregar as informações disponibilizadas no sistema DATASUS no nível do território de abrangência de cada Centro de Saúde da Família (CSF) dos municípios de Chapecó-SC e Erechim-RS, uma vez que esses dados só se encontram disponíveis em nível municipal.

Essa desagregação permitiria a consulta de forma simples e rápida de dados que hoje não podem ser visualizados devido a distribuição dispersa em diferentes escalas espaciais, tanto pela população em geral quanto pelos profissionais e pesquisadores que fazem uso deles, possibilitando a socialização dessas informações.

Além disso, busca-se construir indicadores de saúde, por meio de diferentes coeficientes de mortalidade dos municípios pertencentes às microrregiões de Chapecó-SC e Erechim-RS, de forma a permitir a visualização de suas particularidades, possibilitando a identificação de problemas.

O projeto propõe a facilitação da busca por dados populacionais e indicadores de saúde (RIPSA, 2008) destas duas microrregiões, possibilitando uma melhor análise interpretação de dados. Buscando centralizar informações dispersas que se encontram em plataformas como IBGE, Datapédia e Datasus, em uma plataforma de uso comum. A produção de gráficos e enumeração de dados ausentes na região avançaram durante o período de pesquisas dos envolvidos.

Por fim, se têm como meta a construção de mapas que possam indicar a organização espacial de rede de atenção à saúde nos municípios de estudo, distinguindo as unidades de acordo com o tipo de atendimento, bem como a construção de mapas temáticos dos coeficientes de saúde.

Desafios para atingir os resultados e resultados obtidos

Saneamento

A coleta de dados sobre a oferta de serviços básicos de saneamento registrada no censo demográfico de 2010 (IBGE) dos municípios das microrregiões de Chapecó e Erechim possibilitaram o levantamento do índice de carência habitacional (ICH), elemento esse que busca dimensionar as dificuldades de habitação em cada município e não tem o intuito de organizar os dados como um ranking. É importante frisar que o índice de carência habitacional não é disponibilizado por outra plataforma de armazenamento de dados para os municípios analisados e foi utilizado uma metodologia para determinar os resultados em um intervalo entre 0 a 1. Os pontos variáveis que compõem o levantamento da pesquisa são: o abastecimento de água, o tipo de instalação sanitária e a regularidade da coleta de lixo e destino (POLIDORO, M.; TAKEDA, M.; BARROS, O. 2009).

Estatísticas Vitais

Entendendo o contexto regional utilizou-se a plataforma DATASUS, onde que foram coletados dados de mortalidade geral, por neoplasias, por lesão autoprovocada e por faixas etárias, além do número de nascidos vivos nos 30 municípios que compõem a microrregião de Erechim-RS e nos 38 municípios da microrregião de Chapecó-SC. Para tanto, foram considerados o período de 2000 a 2015, compondo uma série histórica de 16 anos (2000 a 2015), sendo possível a construção de coeficientes de mortalidade geral,

infantil, por neoplasias e por lesão autoprovocada e proporções para o período em todos os municípios das regiões, possibilitando assim a confecção de gráficos de linha demonstrando as variações decorrentes dentro deste período.

De acordo com o Censo de 2000, a microrregião de Chapecó-SC possuía uma população total de 405.123 habitantes, enquanto que para Erechim-RS nesse mesmo período foi de 211.685 habitantes. Na série histórica de 16 anos foram identificados 32.451 registros de óbitos na microrregião de Chapecó-SC e 22.772 óbitos. Os indicadores resultantes da análise dos indicadores de mortalidade demonstraram que o município de Novo Horizonte, pertencente á microrregião de Chapecó-SC, 12,8% dos óbitos registrados correspondem ao suicídio, enquanto que na microrregião de Erechim- RS, o município que apresentou a maior proporção foi Cruzaltense, com 3,4% dos óbitos por essa causa.

Por meio do cálculo de coeficiente de mortalidade por neoplasias, identificou-se na microrregião de Chapecó-SC que no município de Bom Jesus do Oeste 69,5 por 100.000 habitantes morreram por essa causa, em contrapartida, na microrregião de Erechim-RS, o município de Viadutos apresentou 165,3 óbitos por neoplasias a cada 100.000 habitantes.

Rede pública de serviços de saúde.

Para a definição da localização e estruturação da rede pública de atendimento de saúde dos municípios de Chapecó-SC e Erechim-RS, foram identificados os serviços de saúde por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. A partir da listagem de estabelecimentos cadastrados, foi realizado uma classificação segundo o tipo de serviço ofertado: atenção básica, atenção especializada, pronto atendimento e equipamentos de gestão. A partir dessa identificação foi feita uma busca de todos os endereços dessas localidades e estes foram marcados no programa Google Earth, a fim de possibilitar a construção de um mapeamento dos serviços públicos dentro dos municípios.

Algumas das produções referente às informações em saúde no Observatório Geográfico da Fronteira Sul encontram-se disponíveis no endereço eletrônico <https://observatoriogeouffs.wordpress.com> que é o local previsto para divulgação de todas as ações do grupo de pesquisa. Dentre os indicadores disponibilizados na plataforma estão: planejamento urbano, infraestrutura urbana, dados de população, economia e meio ambiente; também como pirâmides etárias e outras informações ligadas a saúde.

Em relação a construção de informação em saúde a partir de dados diretamente coletados em Sistemas de Informações em Saúde disponíveis na

internet, não tivemos problema, sendo possível, inclusive, aumentar o número de anos de nossa série histórica. Contudo, em relação a obtenção de informações nos dois municípios polo, segundo nível de abrangência das Unidades Básicas de Saúde, não foi possível ser realizada, isso porque, ambos municípios não possuem a divulgação dos dados com este recorte, sendo somente possível o dado do município como um todo.

Considerações

A disponibilização de informações em saúde, de forma rápida e com abrangência regional, contribui com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, promove o empoderamento do poder popular por meio da socialização dos saber de forma mais clara e ampla. Além disso, vale pontuar a ação dos envolvidos no referido projeto que por ser de Iniciação Científica Tecnológica, acolhe estudantes dos cursos de graduação em medicina, geografia e engenharia ambiental e sanitárias, os quais fazem além da coleta de dados, um recorte analítico à luz do campo da saúde coletiva. As frequentes reuniões do grupo de pesquisa debatendo os objetivos do estudo desenvolveu uma melhor compreensão sobre as regiões que habitamos e as formas que podem ser analisadas, além da percepção dos circuitos espaciais que envolvem as microrregiões observadas.

Bibliografia

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Health surveillance and territory: theoretical and methodological possibilities. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 898–906, jun.2005.

POLIDORO, M.; TAKEDA, M.; BARROS, O. Mapeamento do índice de carência habitacional na região metropolitana de Londrina – PR. *Geografia (Londrina)* v. 18, n. 2, 2009.

RIPSA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

Ações de Saúde em Cidades Turísticas

Maria Angélica de Moraes Assumpção Pimenta

IFC - Campus Camboriú

maria.pimenta@ifc.edu.br

Margarita Barretto

UFSC

barretto.margarita@gmail.com

Palavras-chave: Turismo, Saúde, Cidades Turísticas, Balneário Camboriú

Introdução

O turismo, se tratando de um fenômeno social, apresenta relação direta com a Saúde. Essa proposição é corroborada por Barretto (2010) quando afirma que, o turismo é uma atividade que deve ser estudada de forma interdisciplinar e, do mesmo modo que a saúde tem como tema central o ser humano, necessário a sua efetiva realização.

Jungwirth (2000) comenta que os países que apresentam um ambiente saudável podem atrair o maior número de turistas, contudo, na prática, essa condição torna-se muito difícil, devido ao fato de que muitos fatores interferem na saúde de um país, entre eles o acesso à água potável, o saneamento básico e a incidência de violência. Os países devem se preocupar em incentivar e promover o turismo, entretanto, se faz necessário pensar primeiro na infraestrutura e nas condições de saúde da localidade.

A atividade turística pode trazer danos à saúde da população, podendo acarretar um profundo impacto sobre o comércio turístico, refletindo inclusive na economia local. Os turistas podem comprometer a saúde da população receptora, quando são portadores de doenças, se tornando agentes transmissores, podendo pôr em risco a saúde, tanto de moradores como dos visitantes. Do mesmo modo, podem também ter a sua saúde comprometida, por adquirir doenças durante sua estadia.

Dias (2008), afirma que o turismo quando não é planejado pode resultar em muitos efeitos negativos, que podem comprometer a relação entre residentes e visitantes, dentre eles destaca-se a transmissão de doenças e o agravamento dos problemas de saúde na comunidade local. Pressupõe-se um aumento dos riscos à saúde populacional e uma maior probabilidade de transmissão de doenças tanto por parte do turista, quanto da comunidade local e, conseqüentemente, um aumento da necessidade de atendimento nos serviços de saúde.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2011) admite que o desenvolvimento de um país esteja intensamente ligado às condições de saúde da população e que, estas condições envolvem direta ou indiretamente o seu crescimento. De acordo com a OPAS (2011), alcançar um nível adequado dos padrões de saúde faz parte do desenvolvimento bem-sucedido de uma comunidade. “Saúde e Turismo” constitui em um conceito que vem se destacando no campo da saúde pública, uma vez que ajuda a proteger, promover e restaurar a saúde tanto de turistas, quanto da comunidade local, com o propósito de desenvolver práticas salutaras através do turismo sustentável e para a conscientização e a paz entre as comunidades (OPAS, 2011).

Apesar da relação entre a saúde e o turismo ser reconhecida por parte das organizações de saúde como OMS e OPAS, ainda existem poucos estudos que relacionam essas duas áreas. A OMS apresenta uma serie de orientações para os viajantes, contudo, atribui a estes a responsabilidade sobre a própria saúde e aos riscos a que possam estar expostos ao realizarem uma viagem.

Rodriguez-Garcia (2001) em seu estudo alerta para as preocupações de viagens como uma questão de saúde pública que, a partir da globalização, gerou um grande aumento no movimento de pessoas em todo o mundo, ressaltando que, esse avanço da intensidade e quantidade de viagens e o ressurgimento de doenças infecciosas, bem como, à morte, à incapacidade em decorrência de acidentes e violência e, das doenças crônicas, tais como as provocadas pelo abuso de substâncias como o álcool e o tabaco e por comportamentos indesejáveis.

De acordo com Spiegel et al (2007) tão importante quanto o turismo sustentável, é o impacto do desenvolvimento do turismo sobre a saúde da comunidade de acolhimento. Na visão dos autores, existem poucos estudos sobre os impactos na saúde do turismo nas comunidades locais, além de haver poucas informações sobre empenhos específicos para mitigar os impactos do desenvolvimento do turismo sobre a saúde nas populações locais.

Matos e Barcellos (2010) garantem que se faz necessária a implantação de um sistema de vigilância específica para o turista e que instituições de saúde sejam preparadas para atender a demanda, sobretudo através de um conjunto de ações que atendam não somente os turistas, quanto àqueles que irão recebê-los.

Portanto, se faz necessário a criação de estratégias e ações por parte dos gestores para que possam contribuir tanto para a saúde do turista, quanto à saúde e o desenvolvimento da comunidade receptora, a fim de garantir a saúde integral das populações nos diversos destinos turísticos da região.

Partindo desse pressuposto, este estudo teve como objetivo detectar e descrever os programas e ações existentes relacionadas ao turismo na cidade

de Balneário Camboriú-Santa Catarina, Brasil. Procurando destacar a importância da relação entre saúde e turismo no tocante à implementação e desenvolvimento de programas e ações de saúde relacionadas com o turismo na cidade de Balneário Camboriú-Santa Catarina, por esta ser considerada uma das principais cidades turísticas do sul do Brasil.

Resultados Obtidos

Inicialmente, foi realizada uma pesquisa documental à legislação do município de Balneário Camboriú a fim de identificar a existência de ações e programas de saúde referente ao atendimento do turista. De acordo com o Artigo 178 do Capítulo VI da Lei Orgânica do Município de Balneário Camboriú, são garantidos aos turistas os mesmos direitos inerentes aos munícipes nos serviços de saúde mantidos pelo Poder Executivo.

A Lei municipal no 1725/97 regulamentada pelo Decreto no 2928/98, que disciplina as atividades de fabricação e comercialização de sucos cítricos no município de Balneário Camboriú, menciona que para a obtenção do alvará permanente autorizando o funcionamento o requerente deverá, obrigatoriamente, participar de um Curso de Qualificação de Turismo, indicando que, além da preocupação existente sob o ponto de vista da vigilância sanitária dos produtos alimentícios em geral, existe intenção de qualificar os trabalhadores para bem servir ao turista, sobretudo, irá contribuir para a mitigação dos riscos de contaminação ou surgimento de doenças transmitidas por alimentos.

Outra medida está respaldada na Lei municipal no 2765/07, que versa sobre a obrigatoriedade de ter disponível, em caráter permanente, um aparelho desfibrilador externo automático em estabelecimentos e locais em que haja grande concentração e circulação de pessoas como os terminais rodoviários e urbanos de transporte coletivo e os hotéis. A referida Lei também determina que, deve haver anualmente, treinamento e capacitação de pessoal para prestação de suporte básico à vida, a fim de possibilitar o atendimento emergencial nos casos de parada cardíaca.

Constatou-se também que a Secretaria de Saúde Municipal disponibiliza, durante os meses de alta temporada turística, unidades de atendimento de saúde temporárias nas proximidades das praias, onde há um grande fluxo de turistas. Também disponibiliza um maior número de profissionais de saúde na unidade do bairro da Barra, que tem o atendimento de urgência e de cuidados de saúde de baixa complexidade 24 horas por dia.

Este estudo consistiu na análise de documentos com a legislação da cidade de Balneário Camboriú para identificar a existência de ações e programas relacionados ao turismo de saúde. No entanto, ele também revelou que não há nenhum representante do departamento de saúde do município na constituição do Conselho Municipal de Turismo, que visa gerar o desenvolvimento de políticas públicas para promover o turismo na cidade de Balneário Camboriú.

Através da análise realizada em jornais locais e regionais, fica claro que a gestão dos serviços de saúde nos últimos anos tem apresentado algumas

dificuldades na gestão da rede hospitalar, o que acabou afetando diretamente os cuidados de saúde, tanto dos cidadãos, como os outros moradores.

Se por um lado o município tem ações específicas para atender o turista, por outro, apresenta dificuldades na gestão da saúde pública, no que diz respeito ao atendimento de média e alta complexidade nos serviços de saúde, especialmente para a comunidade local. Embora seja necessária para proteger os turistas de problemas de saúde, deve-se considerar que as pessoas da comunidade local também estão sujeitas a alterações em seu estado de saúde. A atividade turística envolve uma inter-relação dos seres humanos, tem efeitos positivos e negativos sobre a saúde em geral.

Considerações Finais

As atividades de turismo causam um aumento na demanda por serviços locais, de alimentos, bens de consumo em geral, serviços de saúde, entre outros, e que, conseqüentemente, causam um aumento na produção de resíduos e podem causar distúrbios ambientais e de saúde, como o surgimento e a propagação de doenças.

A implementação de políticas e ações que protejam a saúde da população deve ser considerada fundamental por parte dos gestores, para o desenvolvimento dessas atividades.

As ações de saúde desempenhadas em localidades turísticas devem levar em conta todos os aspectos relacionados ao segmento turístico, desse modo, contribuiriam não só para a gestão da saúde, através da mitigação dos riscos a saúde dos turistas e dos profissionais que atuam diretamente nas atividades ligadas ao turismo, como na melhoria das condições de saúde de todos os envolvidos, tanto dos turistas, quanto da comunidade receptora e, sobretudo, favorecendo o desenvolvimento econômico e social.

Há que pensar sobre a importância da relação entre saúde e turismo, particularmente, para que haja uma gestão participativa e integrada para a implementação de políticas e programas que contribuam para o desenvolvimento do turismo, na proteção do turista e na saúde do turista, mas sem deixar de prestar atenção à saúde da comunidade local e seus arredores.

Referências

BARRETTO, Margarita. Manual de iniciação ao estudo do turismo. 19. ed.

Campinas, SP: Papirus, 2010.

BALNEÁRIO CAMBORIÚ. LEI N.º 933, de 03 de abril de 1990. Lei Orgânica do Município de Balneário Camboriú. Balneário Camboriú, SC, 1990. Consolidada em 29 de junho de 2012. Disponível em:

http://www.cambc.sc.gov.br/files/leisconsolidadas/Lei_Organica_BC.pdf

_____. LEI N01725, de 18 de dezembro de 1.997. Disciplina as atividades de fabricação e comercialização de sucos cítricos no Município de Balneário Camboriú. Balneário Camboriú, SC, 1997. Disponível em:

<http://www.cambc.sc.gov.br/leis/texto/1725/L>

_____. LEI N02765, de 26 de outubro de 2007. Dispõe sobre a obrigatoriedade de aparelho desfibrilador externo automático e sobre a obrigação de treinamento e capacitação de pessoal para prestação de suporte básico à vida nos estabelecimentos e locais que menciona. Balneário Camboriú, SC, 2007. Disponível em:

<http://www.cambc.sc.gov.br/leis/texto/2765/L>

DIAS, Reinaldo. Planejamento do Turismo. São Paulo: Atlas, 2008. p. 31.

GAUTHIER, B. (org.). Recherche sociale; De La problématique à la collecte des données. Québec: presses de l'Université Du Québec, 1984.

JUNGWIRTH, Emily. Esforços da Organização Pan-Americana de Saúde no Domínio do Turismo e Saúde. Políticas Públicas e Programas de Saúde Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano. Organização Panamericana de Saúde. Washington, DC, 2000.

MATOS, V; BARCELLOS, C. Relações entre turismo e saúde: abordagens metodológicas e propostas de ação. Revista Panamericana de Saúde Publica. 2010; 28(2): 128–34

OMS (Organização Mundial de Saúde), Constituição da Organização Mundial da Saúde. Documentos Básicos. OMS. Genebra 1946.

OMS/ OPAS (Organización Panamericana de la Salud). Salud Y Turismo- Programa de Acción sobre Salud Y Turismo Para Las Américas (2008-2012). Disponível em:

http://www.paho.org/saludyturismo/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=44&Itemid=45&lang=es

RODRIGUEZ-GARCIA, R. The health-development link: travel as a public health issue. Journal Community Health. 2001 Apr; 26(2): 93-112.

SPIEGEL, J. M.; et al. Promoting health in response to global tourism expansion in Cuba. Health Promotion International, Vol. 23 No. 1, 2007

WHO (World Health Organization). International travel and health. Health risks and precautions: general considerations. Disponível em: <http://www.who.int/ith/precautions/en/>

Reflexão da questão de saúde em Aglomerados Subnormais do Bairro Redenção, Manaus (AM)

Jessyca Mikaelly Benchimol de Andrade
Universidade Federal do Amazonas

Adorea Rebello da Cunha Albuquerque
Universidade Federal do Amazonas

Palavras-chaves: Saúde; desigualdades; aglomerados subnormais

Introdução

É imprescindível entender que os serviços de água tratada e esgotamento sanitário tem um papel imprescindível no bem-estar e na saúde das pessoas, todavia, parte da população em Manaus reside em locais onde as condições de saneamento são precárias, devido à falta dessa assistência e as condições mínimas de higiene a população fica sujeita a diversos tipos de doenças. Esses lugares são conhecidos como aglomerados subnormais, nome técnico designado pelo IBGE, para identificar áreas que possuem mínimo 51 unidades habitacionais (barracos, casas) carentes em sua maioria de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma “desordenada” e densa (CENSO, 2010).

O problema

Na área de estudo no bairro Redenção, na cidade de Manaus, na zona centro-oeste foram identificados 48 setores censitários sendo que 4 deles são aglomerados subnormais, vistos de forma precária em termos de infraestrutura, são áreas propícias aos mais diversos tipos de proliferação de enfermidades. Para Mendonça (2007, p. 15) a população brasileira habita em locais com condições de saneamento precário, a população fica suscetível a diversos tipos de enfermidades, o acesso aos serviços de saneamento é medida preventiva, que evitaria os riscos dos desconfortos das doenças. Diante disso, o papel do poder público é importante, para garantir o direito da população à saúde, de forma gratuita e de qualidade, cabe ao Estado investir em infraestrutura

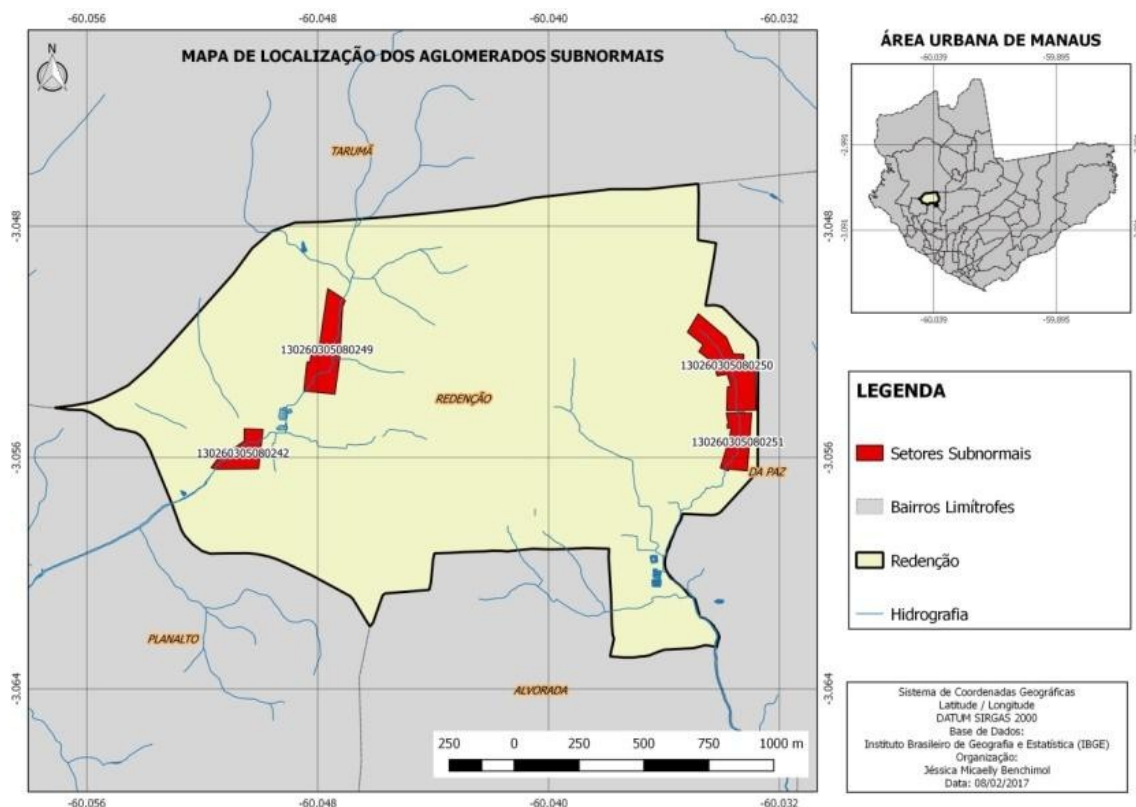
adequada de atendimento à população carente e que não possui condições financeiras de acesso à saúde. O principal órgão articulador da saúde no Brasil, é o SUS o Sistema Único de Saúde, cabe a população saber qual é o papel deste órgão na saúde pública.

Com referência ao tema Branco (2001) menciona que o estado de saúde de uma coletividade é a expressão de uma vasta gama de características e fatores próprios de seu meio socioeconômico e ambiental. Isto significa que a informação em saúde deve abranger não apenas os dados produzidos pelo próprio setor, mas também aqueles produzidos por outras esferas de atuação. Como nos demais ramos de atividades no setor da saúde, a informação advinda dos dados, deve ser um amenizador e redutor de incertezas, instrumentos de focos nas prioridades das políticas públicas, um planejamento adequado a realidade da população. Na saúde um dos maiores problemas nas desigualdades seguem duas vertentes: no acesso aos serviços de saúde e no financiamento (BARBOSA, 2004).

Resultados obtidos

O bairro da Redenção, possui uma população segundo o Censo (2010) de 35.166 indivíduos, representado por 18.196 mulheres (51, 7%) e 16.970 homens (48,3%). Desenvolver uma política de saúde em aglomerações urbanas subnormais mostra-se um desafio, uma vez que, essas áreas são vistas como “invisíveis” para o poder público, são áreas que há pessoas morando, porém, nada se tem feito para trazer melhorias a esses moradores. Distribuídos em 48 setores censitários, onde 44 setores são normais e 4 deles são aglomeradas subnormais. Os levantamentos de quantitativo de setores censitários auxiliaram na elaboração do mapa com os aglomerados subnormais do bairro da Redenção (figura 1).

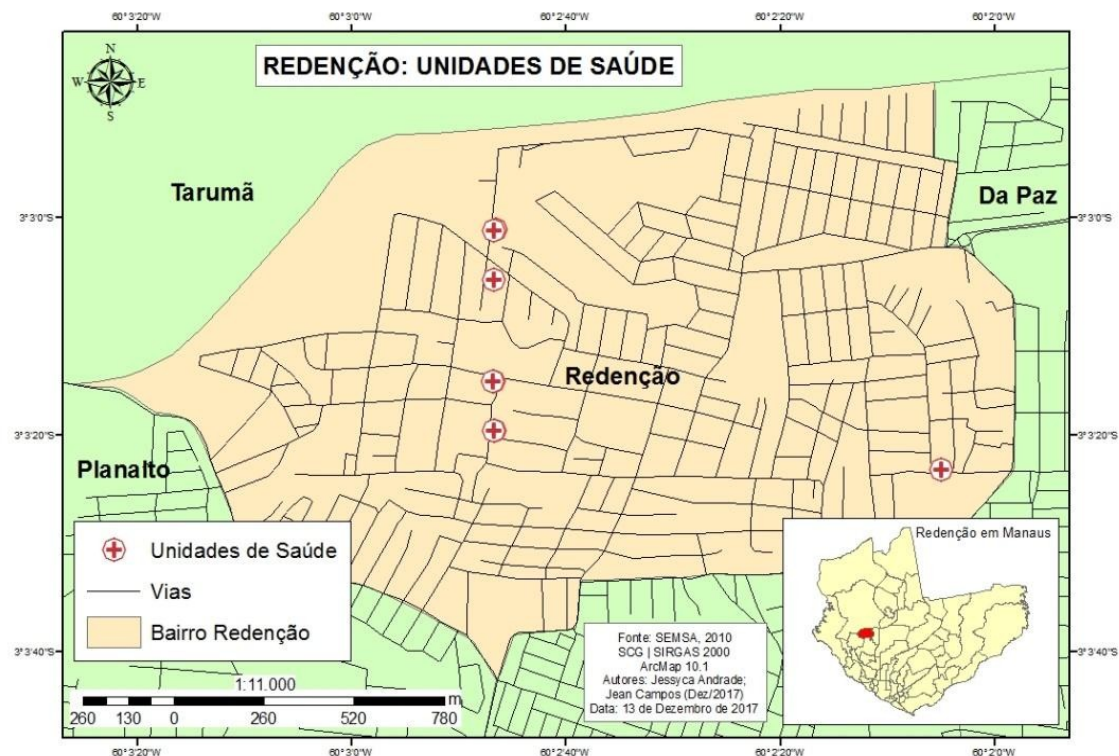
Figura 1. Mapa de localização dos Aglomerados Subnormais do Bairro Redenção – Manaus (AM).



Os aglomerados subnormais quando identificados de forma técnica possuem, uma ficha de Levantamento de Informações Territoriais, conhecida como LIT, para extração de informações como sua situação na Base Operacional Geográfica, são essas informações essenciais para identificar a população do setor censitário.

Em relação a processo saúde-doença as principais ofertas de saúde pública no bairro Redenção são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os serviços oferecidos à população segundo a SEMSA (2010) correspondem: *a atenção a comunidade, atenção centrada no adolescente, atenção a saúde materno infantil e procedimentos curativos*, no total são quatro unidades básicas de saúde e um serviço de pronto atendimento (SPA) e policlínica (figura 2)

Figura 2. Mapa das Unidades de Saúde do Bairro da Redenção – Manaus (AM)



Os registros das unidades de saúde servem para nortear o quanto a população ainda necessita de atendimento público de saúde, para tratar suas doenças e enfermidades, pois, a população de um bairro com 35 mil habitantes necessitaria estatisticamente de mais 11 unidades de saúde, levando em consideração que cada moradia possua em média 3 moradores por habitação.

Conclusões

O avanço de aglomerações subnormais urbanas, mostra-se como uma tendência crescente na cidade de Manaus, a forma de se observar esse avanço é a expansão de aglomerados subnormais em áreas como o bairro da Redenção, que possui 4 desse tipo de setor. Em relação à quantidade de estabelecimentos de saúde no bairro, o acesso a serviços públicos mostra-se deficitário, em relação a quantidade de população, além disso, outro item importante é que nem todos os sujeitos que moram em aglomerados subnormais podem pagar pelo serviço de saúde privado, fator este que evidencia as falhas no setor público de saúde.

Referencias

Censo, **Aglomerados Subnormais: Informações Territoriais**. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. ISSN 0104 3145. Censo Demog., Rio de Janeiro, p.1-251, 2010.

Mendonça, M.J.C; Motta, R.S. Saúde e Saneamento no Brasil. Revista **Planejamento e Políticas Públicas**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, Brasília, n. 30, p.15-30, 2007.

Branco, M.A.F. **Informação em saúde como elemento estratégico para gestão**. Brasil, Ministério da Saúde. Textos básicos. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde, 2001.

Barbosa, M.A. **Desigualdades Regionais e Sistemas de Saúde no Amazonas: O caso de Manaus**. Dissertação de Mestrado em Ciências na Área da Saúde Pública. Subprograma de Mestrado Interinstitucional da CAPES Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane - Universidade Federal do Amazonas, 2004.

Envelhecimento Populacional e a Necessidade de Formação de Recursos Humanos Qualificados: Proposta de Criação de Curso Técnico em Cuidados de Idosos

Flávia de Souza Fernandes

Alessandra Domingues Malheiro

Instituto Federal Catarinense – IFC

Palavras-chave: Envelhecimento. Recursos Humanos. Cuidados de Idosos

Introdução

Com o aumento da expectativa de vida ao redor do mundo, estima-se que no ano de 2050 existam cerca de 2 bilhões de pessoas com idade igual ou acima de 60 anos, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento, como o Brasil. Esse aumento exige uma reorganização dos serviços sociais e de saúde, de forma a atender às necessidades dos idosos e às de suas famílias. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006). Segundo o IBGE, Camboriú possui 62.361 habitantes, sendo que em torno de 6% da população é idosa. A cidade vizinha, Balneário Camboriú tem uma população composta por cerca de 20% de idosos.

O primeiro documento nacional a fazer referência aos direitos dos idosos foi a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, determinando que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Em 1988 foi criado o Comitê Nacional para a Promoção de Saúde dos Idosos junto ao Ministério da Saúde. Dentre as diretrizes adotadas por esse programa foi proposto o atendimento dessa população por meio de equipes multidisciplinares no sentido de reintegração do idoso.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde- Lei Federal nº 8.080/90 assegurou a atenção integral e especial à saúde dos idosos, os quais deverão também ter preferência de atendimento no Sistema Único de Saúde- SUS para o tratamento das doenças que os afetam. Em 2004, passa a vigorar o Estatuto do Idoso- Lei Federal nº 10.741/03, destinado a regular os direitos assegurados as pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, garantindo que o idoso goze de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral e de todas as oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social.

O Problema

Apesar da Legislação citada anteriormente garantir direitos aos idosos, na prática verifica-se a necessidade de formação de profissionais qualificados para atender esta parcela da população, que rapidamente aumenta no Brasil e no mundo.

Resultados Obtidos e Desafios para Atingir os Resultados Propostos

Diante do exposto, o IFC Campus Camboriú, a fim de formar profissionais capacitados para o atendimento à população idosa de Camboriú e região, desenvolveu no ano de 2017 o curso de Qualificação Profissional em Cuidador de Idosos, e devido ao sucesso do curso, o mesmo está sendo ofertado novamente no ano de 2018. Desde o mês de julho de 2017 um grupo de servidores do local tem trabalhado na proposta de criação de Curso Técnico em Cuidados de Idosos, pois verifica-se uma procura crescente por formação nesta área, bem como por profissionais qualificados que possam estar

preenchendo tais vagas no mercado de trabalho. O curso está previsto no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, no eixo tecnológico Ambiente e Saúde.

O curso Técnico em Cuidados de Idosos tem como objetivo geral capacitar o aluno a desenvolver habilidades no cuidado com o idoso respeitando os aspectos físico, mental, social e legal, além de um relacionamento humanizado com o idoso, seus familiares e equipe de saúde. O profissional formado neste curso poderá trabalhar em hospitais e clínicas, instituições de longa permanência para idosos (ILPI), realizar atendimento domiciliar ou trabalhar como profissional autônomo.

Enquanto o curso de Qualificação profissional está em seu segundo ano consecutivo, o grupo de trabalho já finalizou a proposta de criação do curso na modalidade técnico subsequente (para pessoas que já concluíram o ensino médio) e encaminhou para o Núcleo Pedagógico do Campus Camboriú, para avaliação e verificação da viabilidade da implantação do mesmo. Deve passar por diversas avaliações no próprio campus e na reitoria do IFC, no entanto os crescentes cortes de verbas na educação ameaçam a implantação de cursos novos. Por tratar-se de um curso que ainda não foi implantado no Estado de Santa Catarina na modalidade de Técnico, é preciso verificar a aceitação da comunidade, através de consulta pública.

Considerações

Temos um caminho longo pela frente para consolidação do projeto, mas o Curso Técnico em Cuidados de Idosos será importante para formar um número maior de profissionais nesta área que se faz necessária devido ao crescente envelhecimento da população brasileira, e principalmente da população de Camboriú e Balneário Camboriú, e carência de profissionais qualificados para atender tal grupo populacional.

Bibliografia

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. [S.l.:s.n], n.19, 2006. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19>. Acesso em: 23 jan. 2018.

BRASIL, Ministério da Educação. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio**. 2012. Disponível em <http://pronatec.mec.gov.br/cnct/et_seguranca/et_defesa_civil.php>. Acesso em 07 out. 2013.

BRASIL. **Código civil e Constituição Federal 2010**. 61. ed. São Paulo: Saraiva, 2010. xxxix, 1016, 160 p. (Legislação brasileira.).

BRASIL. Senado Federal. **Estatuto do idoso**: Lei n. 10.741, de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília, DF: Senado Federal. Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003. 42 p.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde**. Lei 8.080, de 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 23 jan. 2018.

CLIMA E CRISES EXTREMAS CARDÍACAS EM PACIENTES EM ATENDIMENTO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, RS

Iago Turba Costa
Cássio Arthur Wollmann
Universidade Federal de Santa Maria

Palavras-chave: Climatologia Médica; Geografia da Saúde; Crises cardíacas

Introdução

A Geografia da Saúde ou Geografia Médica como parte da ciência geográfica preocupa-se com a relação entre o meio ambiente e os seres humanos. Tal relação sempre exercendo influência sobre os indivíduos que nele habitam, onde os fatores ambientais são condicionantes na qualidade de vida da população.

Dentre as principais causas das enfermidades da sociedade urbana está a questão da qualidade socioambiental. Sem minimizar os aspectos endógenos, de forma que esses fatores externos ao corpo humano estão no cerne de muitas das moléstias, responsáveis pelo agravamento da saúde da população urbana. Além disso, o processo adaptativo do homem à cidade, ao longo da história, implicou-se no aumento de casos de doenças crônicas, à medida em que as condições do ambiente, de forma cumulativa, degradaram-se. “[...] construções de novas pontes que vinculam a Epidemiologia com outra dimensão do conhecimento humano [...] ligações com a Geografia, que expande a compreensão sobre as relações do homem com a natureza, trazendo-lhe uma nova dimensão para o coletivo” (BARRETO, 1994, p.32).

Em relação ao clima e saúde Wollmann; Sartori (2014) colocam:

“O clima é o sistema natural de maior influência sobre a saúde humana; e dos elementos climáticos mais conhecidos, os que mais afetam o homem, são, indubitavelmente, a radiação solar, a pressão atmosférica, o vento, a temperatura e a precipitação. Assim, os seres humanos respondem diferentemente às características impressas pelos elementos atmosféricos em cada tipo de tempo. Por exemplo, os ventosos, ressecam a pele, alteram a pressão arterial e a frequência cardíaca; os chuvosos aumentam a nebulosidade e abaixam as temperaturas, tanto máximas quanto mínimas, influenciando para decrescer a produção de serotonina no cérebro, responsável pela disposição e pelo bom humor das pessoas.” (WOLLMANN; SARTORI, 2016, P. 189-196).

A questão entre clima como parte da questão ambiental e doenças necessita de uma maior quantidade de trabalhos, uma vez que esta problemática possui grande relevância para a vida de sociedade. Neste contexto Sartori (2014 p. 149) fala sobre a necessidade de mais trabalhos relacionado à questão climática: “Os registros de doenças bem feitos e completos são muitos escassos ainda hoje e nunca são tabulados em larga escala para a totalidade da população [...] pois os que existem atestam os agentes patogênicos, nunca relacionando prováveis causas climáticas. Considerando a relação entre a influência do clima sobre as doenças cardiológicas Sartori (2014, APUD SERRA p.144) coloca que:

“Visando à produção de calor, o metabolismo e a atividade muscular são mais acentuadas no inverno e na zona temperada, ocasionando uma sobrecarga no coração, pois passa a trabalhar mais. Assim, o trabalho do músculo cardíaco é mais eficiente no verão e na região tropical menor no inverno e nas regiões frias, especialmente na

ciclônicas, onde o metabolismo é alto. ” (SARTORI, 2014 APUD SERRA,2014 p.144)

O quadro 01 trata das doenças relacionados ao coração e algumas influencias climáticas favoráveis e desfavoráveis as patologias. Enfermidade Tempo desfavorável/ Sintomas aumentam Tempo Favorável/ Sintomas

Quadro 1 - Influências favoráveis e desfavoráveis do tempo nas doenças, enfermidades e sintomas relacionados ao coração.

Enfermidade	Tempo desfavorável/ Sintomas aumentam	Tempo Favorável/ Sintomas diminuem
Angina	-Nublado, associado com passagens de frentes quentes e frias. Tempo com ar frio ativo; Tempo influenciado por baixa pressão. -Nublado subtropical. Nublado instável. Instabilidade elevando-se muito. -Tempo de baixa pressão. Especialmente no centro da Baixa, com passagem de uma frente fria movendo-se de oeste. -Instabilidade após a passagem de uma frente -Inverno: ar tropical marítimo. -Primavera: ar tropical marítimo.	-Condições de tempo de alta pressão. -Condições estáveis associadas com a nebulosidade. -Condições instáveis da camada inferior do ar. -Dissipação dos níveis com vento fraco.
Enfartos Cardíacos	-Turbulência do ar. -Alguns fenômenos associados com a nebulosidade e ascensão de massas de ar. -Alta umidade. Condições Instáveis -Ruptura de ar quente e seco em nível de superfícies -Tempo de baixar pressão. Clareiras. - Fenômenos instáveis de nebulosidade subtropicais.	-Condições de alta pressão. -Dissipação de nuvens.
Morte por doenças Cardíacas	- Em geral, condições de tempo de baixa pressão. -Circulação instáveis de nebulosidade. -Frentes quentes e frias.	-Condições de alta pressão. -Dissipação das nuvens.

Fonte: Sartori (2014, apud ROSEN p.174). Organização: Costa, I.T

A temática central deste projeto de pesquisa de forma geral é relacionar episódios de crises cardíacas de urgência com a dinâmica atmosférica, por meio de análise rítmica na Região de Saúde Verdes Campos, que tem como referência cardiológica o hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Utilizando o banco de dados do Sistema de Informações Educacionais (SIE) e Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU).

Tem-se por objetivos específicos:

- Analisar a influência dos tipos de tempo sobre as patologias cardíacas relacionado com a questão das diferentes sazonalidades, inverno, verão, outono e primavera, relacionado com as médias de temperaturas máximas e mínimas.
- Relacionar o número de atendimentos de urgência cardiológico e os elementos climáticos (temperatura, umidade relativa do ar, pressão atmosférica, precipitação e ventos), por meio da análise rítmica desses

elementos e entre atendimentos cardiológicos e as pressões atmosféricas, ilustrando em gráficos.

- Avaliar com os dados presentes nos sistemas SIE e AGHU a condição social econômica dos indivíduos como sexo, idade, escolaridade e profissão.

O Problema

A temática central deste projeto de pesquisa é relacionar e episódios de crises cardíacas de urgência com a dinâmica atmosférica, por meio de análise rítmica dos elementos climáticos e das pressões atmosféricas na Região de Saúde Verdes Campos, que tem como referência cardiológica o hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Utilizando o banco de dados do Sistema de Informações Educacionais (SIE) e Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU).

A questão entre clima como parte da questão ambiental e doenças necessita de uma maior quantidade de trabalhos, uma vez que está problemática possui grande relevância para a vida de sociedade. Neste contexto Sartori (2014 p. 149) fala sobre a necessidade de mais trabalhos relacionados à questão climática: “Os registros de doenças bem feitos e completos são muitos escassos ainda hoje e nunca são tabulados em larga escala para a totalidade da população [...] pois os que existem atestam os agentes patogênicos, nunca relacionando prováveis causas climáticas.”

Considerando a relação entre a influência do clima sobre as doenças cardiológicas Sartori (2014, APUD SERRA p.144) coloca que:

“Visando à produção de calor, o metabolismo e a atividade muscular são mais acentuadas no inverno e na zona temperada, ocasionando uma sobrecarga no coração, pois passa a trabalhar mais. Assim, o trabalho do músculo cardíaco é mais eficiente no verão e na região tropical menor no inverno e nas regiões frias, especialmente na ciclônicas, onde o metabolismo é alto” (SARTORI, 2014 APUD SERRA, 2014 p.144) O calor, conforme Serra (1974., p.97), “desafoga aos vasos sanguíneos e melhora a atividade do coração, enquanto as quedas bruscas de temperatura provocam a vasoconstrição, sobre carregam os vasos e o coração, aumentam a tensão arterial, o pH do sangue e a taxa de açúcar”.

O coração, portanto, constitui-se um órgão vital para a vida humana, por bombear sangue para todo o complexo sistema corporal é influenciado pelo clima com na questão da pressão arterial, frequência e trabalho cardíaco. Desta forma podendo alterar o correto trabalho músculo cardíaco, assim, como consequência influenciar em algumas patologias relacionadas ao coração.

Deste modo, levanta-se a questão problema: é possível identificar uma relação entre a pressão atmosférica e os episódios nos quais ocorreram crises cardíacas? As diferentes sazonalidades, elementos climáticos são possíveis de relacionar de forma direta com as condições cardiológicas e suas patologias?

Desafios para atingir os resultados

Esta pesquisa terá um enfoque quali-quantitativo, pois além relacionar questões cardiológicas com fatores climáticos, procurar-se-á contextualizar a questão da qualidade social e econômica dos indivíduos acometidos com de enfermidades já citadas. Primeiramente será feito uma revisão da literatura que envolva a metodologia proposta, de modo a ter-se uma maior sustentação teórica e metodológica.

Posteriormente encaminhado aos trâmites legais do Comitê de Ética e Grupo de Ensino e Pesquisa (GEP HUSM) para utilizar o banco de dados do Sistema de Informações Educacionais (SIE) e o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Dessa maneira, podendo ter acesso as internações pelo pronto socorro advindas de crises cardíacas.

Em um terceiro momento, depois de montado o banco de dados, em relação à questão climática serão elaborados gráficos, a fim de identificar padrões entre as épocas sazonais extremas entre os solstícios (inverno/verão) e equinócios (primavera/outono), pois, encontra-se nessas estações a maiores diferenças de balanço térmico. Desta maneira, utilizando os valores das médias mínimas e máximas de temperatura para cada mês estação, podendo relacionar com internações com as medias dos períodos de internações. Para a manipulação do banco de dados utilizado planilhas do Excel, no qual serão elaborados os gráficos com os dados anteriormente referidos.

Após, trabalhar-se-á com o banco de dados das estações meteorológicas credenciadas do INMET, na qual Santa Maria possui uma, assim, podendo ser feita uma análise rítmica dos elementos climáticos como temperatura, umidade relativa do ar, pressão atmosférica precipitação e ventos, utilizando informações presentes nas cartas sinóticas da Marinha. Relacionado também aos sistemas de pressões atmosféricas junto com a análise rítmica, assim associando de forma mais concreta o dinamismo climático com as patologias cardíacas.

Por último, para se abordar características socioeconômicas, por meio dos dados recebidos pelo sistema AGHU (Idade, sexo, escolaridade, profissão, residência), procura-se identificar se existe alguma influência direta na questão da saúde da população. Junto com os dados do AGHU e também utilizado o banco de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que permite trabalhar com fatores sociais como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), índice de Gini, dentro da região de Saúde Verdes Campos. Assim, produzir-se-á mapas coropléticos utilizando o software QGIS

Considerações

Este resumo trata-se de parte do projeto de pesquisa de mestrado em desenvolvimento junto ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Santa Maria, (PPGGEO – UFSM), com previsão de término para 2020. Dessa maneira, o trabalho encontra-se em fase de aprofundamento a respeito do arcabouço teórico e procedimentos burocráticos de no Comitê de ética e Grupo de Ensino e Pesquisa (GEP HUSM) para utilizar

o banco de dados do Sistema de Informações Educacionais (SIE) e o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU).

Bibliografia

BARATA, R. C. A historicidade do conceito de causa. In: Textos de apoio em Epidemiologia. Rio de Janeiro: PEC/ENSR-ABRASCO, 1985.

MONTEIRO, C. A. F. Teoria e clima urbano. In: Clima urbano. São Paulo: Contexto, p.09-68, 2003.

SARTORI, M.G.B. Clima e percepção geográfica: Fundamentos teóricos à percepção climática e à bioclimatologia humana. Santa Maria, Pallotti 2014

SERRA, A. Climatologia Médica. Boletim Geografia, 33 (240): 89-107, mai/jun. 1974.

WOLLMANN, C. A; SARTORI, M.G.B. Jovens e Crianças excepcionais e Tempo-Sensitividade ao Vento Norte e à Chuva. In: SARTORI, M.G.B. O Vento Norte. Santa Maria: Pallotti, 2016. p. 189-196.

Promoção da Saúde de jovens com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em escolas de Presidente Prudente – SP.

Matheus de Carvalho Moreno

Universidade Júlio de Mesquita Filho (FCT-UNESP)

Palavras-chave: Ensino em Geografia, Lugar Social e Inclusão Escolar.

Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno neurológico, de causas genéticas, que aparece na infância e o acompanha por muita das vezes até a vida adulta. Segundo a Associação Brasileira de Déficit de Atenção, a doença se caracteriza por três atributos: a desatenção, inquietude e impulsividade.

A desatenção se caracteriza por parecer que o portador não escuta, não organiza tarefas e perde as coisas. Por sua vez, a impulsividade se manifesta quando o portador responde de maneira precipitada sem a conclusão de perguntas, interrompe ou se mete em assuntos dos outros. Por fim, a hiperatividade se manifesta quando ele mexe as mãos e pés, fala em demasia e anda em demasia como destacado (Rohde et al., 2000).

Do ponto de vista clínico, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade acontece segundo DSM-V por conta de “um defeito inibitório cerebral que impede o indivíduo de focalizar a atenção e sustentá-la por longo prazo” (SCHICOTTI; ABRÃO; GOUVEIA JUNIOR, 2014, p.140). E, do ponto da medicina, é necessário para o tratamento o recorrente uso de medicamentos que tem como função a inibição da aparente euforia da criança. Esse diagnóstico tem sido recomendado por volta dos seis anos, que é quando os sintomas psicopatológicos aparecem segundo DSM-V. Quando adultos, os portadores apresentam muito mais o esquecimento e dificuldade em uma autoavaliação do seu comportamento e por isso muitas vezes são considerados egoístas.

Há três tipos de déficit de atenção segundo o teste mais confiável no assunto o (DSM-V): o TDAH com ênfase em desatenção que acomete mais as mulheres, o TDAH com ênfase em hiperatividade e impulsividade que torna a criança mais agressiva e que a torna difícil de ter amizade e o TDAH combinado que é considerado o mais prejudicial ao funcionamento global.

Sobre o transtorno também é comum se dizer sobre a presença da comorbidade, que é a soma de outras doenças agregadas ao transtorno, geralmente a depressão.

No manual que rege os diagnósticos das doenças mentais é muito comum a confusão com outras doenças psíquicas denominadas de distúrbios de aprendizagem, entretanto, sempre se afirmou sua singularidade pela comunidade médica mesmo com todas essas doenças de aprendizagem tendo o mesmo referencial teórico onde sua correlação está atrelada a alterações orgânicas ou genéticas com as dificuldades de aprendizagem. Para ser mais específico:

Para a medicina, a doença está no corpo, no cérebro. Barkley (2002), afirma que certos neurotransmissores (dopamina e norepinefrina) se encontram

diminuídos nos portadores de TDAH, considerado por ele como um transtorno de desenvolvimento do autocontrole. Para o autor, como a dopamina tem sido compreendida como uma importante substância química envolvida na inibição da atividade de outras células nervosas, a marca registrada do referido transtorno é o problema de inibição ou autocontrole. Deste modo, são administrados estimulantes para ativar certas áreas do cérebro que se encontram diminuídas nos portadores de TDAH.(SCHICOTTI; ABRÃO; GOUVEIA JUNIOR, 2014, p. 142.)

A partir dessa realidade, o processo de aceitação das dificuldades da vida como algo biológico e que, portanto, tem “cura” preestabelecida, faz-se cotidianamente na vida dos portadores e gera algumas celeumas constantes quando se questiona doenças mentais, e principalmente quando se fala em TDAH. A primeira questão que se põe a pensar sobre o tratamento do TDAH é as possíveis perdas que o tratamento acarreta na vida dos pacientes, sendo a diminuição da autonomia a principal delas. Para Colombani et all:

É importante lembrar que buscar a autonomia se faz necessário, não para que o indivíduo faça o que bem quiser, ou para que tenha o direito a uma vida sem regras, mas sim para internalizar e coordenar o respeito, decisões conscientes e ponderadas, levando em consideração o outro como a si próprio, pois o indivíduo autônomo preocupa-se em seguir uma ética interna que corresponda a um bom convívio social. O indivíduo abandona os comportamentos egocêntricos e passa a ser altruísta, adquirindo responsabilidade consigo e com o outro. (COLOMBANI; MARTINS; SHIMIZU, 2014, p.206)

Visto que com o passar do tempo o uso de medicamentos psicoativos causam sérios efeitos no cérebro por conta da combinação de medicamentos que muitas são prescritos por conta da comorbidade.

Salientando que mesmo com a medicalização, que cresceu na última década mais de 1016%segundo o Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos (IDUM),o tratamento engloba duas abordagens, a psicossocial, além da psicofarmacológica.

Como se não bastasse, além das dificuldades familiares, se esquecem de ponderar a negligência das escolas, formada por uma estrutura de poder em que se molda o aluno para o torna-lo o mais apto o possível para as alterações de mercado (ALMEIDA; GOMES, 2014), desconsiderando e excluindo qualquer tipo de aluno que possa de alguma forma causar resistência ao padrão pré-disposto.

Desde os professores, que têm a tendência a não saber lidar com a diferenças de determinados alunos com as determinadas “doenças mentais”, ou seja, alunos que tenham uma dificuldade ou um ritmo próprio de aprendizagem. Diante dessa situação, a escola simplesmente encaminha ao psicólogo e a

postura biologizante como uma forma de abstenção do “fracasso” da criança. Viégas; Oliveira,(2014). A escola a partir daí se torna formalmente no espaço carcerário, ao invés de se torna um lugar que tivesse a função de potencialização da sua capacidade cognitiva e principalmente um espaço emancipatório de libertação das grandes ordens que nos são impostas desde o momento em que nascemos, ou seja, a formação de um ser humano crítico ou como Piaget disse “ ser autônomo significa estar apto a cooperativamente construir o sistema de regras morais e operatórias necessárias à manutenção de relações permeadas pelo respeito mútuo.”(COLOMBANI; MARTINS; SHIMIZU, 2014, p. 207).

O problema

O presente projeto de pesquisa surgiu da necessidade de novas abordagens sobre o tema e da contribuição da geografia para o questionamento da padronização do diagnóstico e medicalização excessiva de crianças no ambiente escolar. Primeiramente é preciso levar em consideração a problemática do diagnóstico do transtorno, muito questionado devido a sua enorme quantidade de sintomas, muito das quais já estão presentes na maioria das doenças neurológicas. Caliman (2010) expõe uma cartografia dos discursos históricos sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade considerando a história do TDAH como conceito guarda-chuva por ser constituído por outros diagnósticos guarda-chuvas.

Encarando essa realidade, faz-se necessário a intervenção nas escolas pela promoção da saúde no âmbito geográfico, visto que a escola é um lugar privilegiado para o desenvolvimento das políticas públicas, principalmente as que visem à socialização e experiência de formas coletivas de promoção da saúde, partindo da premissa da evolução das capacidades físicas, psíquicas e sociais dos escolares da educação básica. Com a adoção de práticas pedagógicas de promoção da saúde e da atenção prioritária aos estudantes com o transtorno, o ambiente escolar torna-se propício para envolver profissionais da saúde, comunidade escolar (alunos, professores, pais, funcionários e direção) e as pessoas que vivem no entorno escolar.

Dessa forma, as escolas devem proporcionar às crianças e jovens a interação com outros estudantes de mesma faixa etária, possibilitando os estímulos de suas capacidades interativas, impedindo que essas crianças se isolem e, ao mesmo tempo, respeitando as singularidades de cada uma delas (Gonçalves et al, 2008). Sabemos que o TDAH nada mais é que a reação do indivíduo com os elementos a sua volta, ou seja, as relações tanto dentro da escola como no seu ambiente familiar objetivam no florescimento dessa irritabilidade por parte do portador. Têm-se assim uma manifestação do corpo no lugar, pois os lugares e seus diferentes contextos são resultados das relações de pertencimento das pessoas com os objetos e pessoas a sua volta no espaço vivido (Tuan,1983). Além do mais, para a geografia humanista, que se faz a base desse projeto, tem o conceito de lugar como o conceito principal, pois

nele é que se desenrolará as experiências segundo Holzer(1999) quando ela destaca o a obra de Yi-Fu Tuan,Space and place: humanistic perspective:

Ainda segundo TUAN (1979), espaço e lugar definem a natureza da geografia. Mas o lugar tem uma importância ímpar para a geografia humanista, pois, se para as técnicas de análise espacial o lugar se comporta como um nó funcional, para o humanista ele significa um conjunto complexo e simbólico, que pode ser analisado a partir da experiência pessoal de cada um - a partir da orientação e estruturação do espaço, ou da experiência grupal (intersubjetiva) de espaço - como estruturação do espaço mítico-conceitual.(HOLZER, 1999, p. 71)

Por isso, investigar os lugares se faz extremamente necessário para uma nova Geografia, crítica e comprometida com os sujeitos. Também o presente projeto de pesquisa tem como uma forma de contribuição, novas maneiras de ensino de geografia mais comprometidos com os alunos nas escolas do município, possibilitando aos futuros jovens uma melhor leitura de mundo por meio da interpretação do espaço geográfico e por meio de estratégias pedagógicas na qual trazem uma maior objetividade social para as vidas deles.

Desafios para atingir os resultados.

Reconhecer o papel da escola na socialização dos sujeitos portadores do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e no processo de tomada de decisão acerca de ações de promoção da saúde das famílias de todos os trabalhadores da unidade escolar. Além de analisar se há diferentes formas de tratamento sendo utilizadas para o combate do transtorno com os profissionais da área, visto a massificação do tratamento à base de remédios, como as potencialidades das escolas para inclusão escolar, frente ao cotidiano familiar dos portadores e acadêmico nas salas de aula do ensino público.

E paralelamente compreender a relação entre escola e serviços de saúde na garantia de acesso aos serviços públicos de saúde e educação de crianças e jovens com TDAH.

Considerações finais

A presente pesquisa se situa num esforço maior do Laboratório de Biogeografia e geografia da saúde (BIOGEOS) da faculdade de ciências e tecnologias de Presidente Prudente para o desenvolvimento de metodologias qualitativas que possibilitem compreender a saúde na perspectiva de sujeitos excluídos e sem voz. Outro aspecto relevante do projeto é a interface de conhecimentos da geografia, da saúde e da educação, que se aglutinam em um movimento único em busca da inclusão de sujeitos esquecidos. Desta maneira a ação de transmitir o ensino de geografia de forma inclusiva possibilita a mudança da realidade desses sujeitos transformando lugares até então hostis, em lugares de acolhimento, promovendo a saúde.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, m. R.; GOMES, r. M. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde- doença. Nuances, v. 25, p. 155–175, 2014.
- CALIMAN, L. V. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 30, n. 1, p. 46–61, 2010.
- COLOMBANI, F.; MARTINS, R. A.; SHIMIZU, A. D. M. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade : a medicalização e a coação no desenvolvimento moral. Nuances, v. 25, p. 193–210, 2014.
- GONÇALVES, F.D. et al. Health promotion in primary school. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.24, p.181-92, jan./mar. 2008.
- HOLZER, W. O lugar na geografia humanista. Revista Território. , v. Ano IV, n. Rio de Janeiro, p. 67–78., 1999.
- ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 22, n. Supl II, p. 7–11, 2000.
- SCHICOTTI, R.; ABRÃO, J. L. F.; GOUVEIA JUNIOR, S. A. Tdah e medicalização: considerações sobre os sentidos e significados dos sintomas apresentados por crianças diagnosticadas. Nuances, v. 25, p. 135–154, 2014.
- TUAN, Yi-Fu. Espaço e lugar: a perspectiva da experiência. São Paulo: Difel, 1983.
- VIÉGAS, I. De s.; oliveira, a. R. F. De. Tdah: conceitos vagos , existência duvidosa. Nuances, v. 25, p. 39–58, 2014.

Evidências sobre Intervenções da Atenção Primária de Saúde em situações ou contextos de Desastres Naturais: Revisão Sistemática da Literatura.

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini;

TREICH, Raiza Santos;
COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da.
Departamento de Enfermagem
Universidade Federal de Santa Catarina.

Palavras-chave: Desastres Naturais. Atenção Primária à Saúde. Profissionais da saúde.

Introdução e problema:

Até pouco tempo atrás, em todo o mundo, compreendia-se como desastres ou catástrofes, eventos complexos que traziam demaziados prejuízos, e que muito pouco se podia fazer para evitar seus caóticos impactos. Consequentemente a esse raciocínio, independente do país acometido por um desastre, este apenas enfocava em garantir recursos e esforços para resgatar as vítimas (OPAS/OMS, 2016).

Isto faz com que não seja necessário fazer um recorte muito grande no tempo para destacar eventos com impacto social de grande magnitude, a exemplo de países ricos e pobres. De acordo com OPAS/OMS, Desastre ou Emergência pode ser definido como: “fenômeno natural ou causado pela ação humana, que produz um distúrbio massivo no sistema dos serviços de saúde, produzindo tão grande e imediata ameaça à saúde pública que o país afetado necessita de assistência externa para enfrentar a situação”. (OPAS/OMS, 2016).

Além do conceito de desastres é importante a compreensão do conceito de redução de riscos como uma terminologia emergente. A redução de risco envolve a capacidade do gestor da vigilância em saúde em realizar um planejamento de ações previamente, investindo em estratégias de redução de riscos eficientes, com produto econômico e garantindo benefícios sociais. Pode-se citar também a integração das políticas para a preparação, resposta, reabilitação, e reconstrução de regiões afetadas garantindo assim o menor impacto possível para estrutura física, psicológica e na saúde da sociedade e/ou comunidades (ISDR, 2011).

No Brasil temos a Rede de Atenção à Saúde (RAS) desempenhando um papel estratégico na vigilância e monitoramento de ações que garantam a comunidade um maior empoderamento frente aos desastres. A operacionalização da RAS inclui uma série de conjuntos de serviços de saúde, constituindo uma organização poliárquica estruturada por políticas e programas estratégicos conforme gestão da Secretaria Estadual de Saúde que responde ao Ministério da Saúde (ERDMANN, 2013). Como os desastres são considerados hoje importantes problemas de Saúde Pública tanto pela magnitude dos eventos, como por suas consequências socioeconômicas, ambientais e sanitárias para as populações atingidas compreende-se dentro da RAS a Atenção Primária de Saúde (APS), equivalente a Atenção Básica no Brasil. A APS desempenha um papel central e estratégico de reordenamento do

sistema de saúde (BANDEIRA, 2014), e por essa razão desempenha um papel fundamental na gestão de desastres com relação a literatura internacional e as premissas da ONU.

A APS conta com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes da Estratégia de Saúde da Família, este fato representa um grande potencial para a vigilância, não só para a busca ativa de informações nas situações de desastres, mas também para articular as ações de atenção à saúde, com as de prevenção de riscos e agravos, educação e promoção da saúde, na perspectiva de uma vigilância contextualizada com o território, podendo se constituir também em importantes pontes para as comunidades afetadas, a gestão dos riscos de desastres e de suas consequências (SOBRAL, 2010).

Neste contexto, a APS mantém seu papel promissor na gestão de desastres com suas ações de preparo, resposta e de redução de riscos nos territórios onde atua, estes serviços são responsáveis pelas questões de saúde da população. A temática dos desastres ainda é pouco explorada, principalmente enquanto perspectiva de promoção da saúde.

No entanto, para a criação de ambientes favoráveis à saúde e promoção da resiliência comunitária frente às ameaças de desastres, outras ações de promoção da saúde podem ser realizadas com vistas ao empoderamento e desenvolvimento de habilidades pessoais que em contextos de desastres incluem o reconhecimento das vulnerabilidades da comunidade. Tendo como compreensão a responsabilidade prevista em legislação, em garantir cuidados integrais à saúde da população, através da Atenção Primária de Saúde, dentre os serviços oferecidos pelo SUS (ERDMANN, 2013) e consciente que os desastres naturais são eventos que provocam perdas e danos imediatos, impactos em médio e longo prazo, que têm sido pouco avaliados, por conta que grande parte dos registros se restringem a relatórios e pesquisas em poucas áreas e informações da imprensa.

O presente estudo pretende insinar o conhecimento das ações em desastres atualmente concebidas como estratégias de intervenção para a APS, para tato questiona-se em busca da literatura: qual a evidência sobre a avaliação das intervenções de preparo e resposta de equipes de atenção primária de saúde em desastres naturais?

Objetivo

Identificar na literatura nacional e internacional evidências sobre as avaliações das intervenções de preparação e resposta das equipes de cuidados de saúde primários em desastres naturais.

Metodologia

Revisão Sistemática desenvolvida por meio de estratégias de busca aplicadas a seis (6) bases de dados (*PubMed, Scopus, Web of Science, Lilacs, Disasters e Google Scholar Web Search*).) As buscas foram gerenciadas no *EndNote X7.2.1® Thomson Reuters*. Foram critérios de inclusão: estudos quantitativos: de caso-controle; de coorte e transversais com populações expostas a

desastres socioambientais e ou que refiram a ações/intervenções profissionais à nível de APS; independente de período de publicação; publicações nacionais e internacionais. Foram excluídos os estudos que forem qualitativos por não apresentarem dados para evidência sobre o resultado das intervenções profissionais na saúde da população exposta a desastres. Foram selecionados e avaliados pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)*. O estudo seguiu a metodologia *Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies – PRISMA*.

Resultado

Foram quatro estudos transversais e um estudo de coorte, realizados nas Filipinas, Vietnã, Estados Unidos da América e Índia, destes, três abordam a resposta e dois tratam sobre preparo na APS, mostrando que o panorama existe atualmente é de inadequação de respostas e lacunas no preparo que repercute em um desempenho fraco e pouca satisfação por parte dos profissionais de saúde da APS.

Observamos que os estudos de avaliação não abordam uma gama grande de desastres, os citados foram: inundações (MIHN, et al, 2014 e PHALKEY, REVATI, et al, 2012), tempestades (MIHN, et al, 2014) e terremotos (WINEMAN, et al, 2007), sendo que dois não especificam um único tipo de desastres (LABRAGE, et al, 2016 e WILLIAMS, 2017). Todos os artigos mostraram uma relação entre as intervenções avaliadas e o reflexo nos desastres. As avaliações a que se refere os artigos são: O nível de preparo das enfermeiras da APS na região rural de Oman na Filipinas quanto a gestão de protocolos, o entendimento sobre preparação em desastres e a importância da educação da comunidade (LABRAGE, et al, 2016).

A capacidade de resposta da APS a inundações e tempestades no distrito de rural de PhuVnag no Vietnã investigando as atividades de tratamento de traumas, a disponibilidade de documentos instrutivos que solicitaram a participação em atividades de prevenção de problemas de saúde relacionados a tempestades e inundações, a disponibilidade de fontes de financiamento separadas para prevenção e tratamento de problemas de saúde, frequência de participação em cursos de treinamento, as habilidades e conhecimentos necessários para implementar essas atividades efetivamente e avaliação da quantidade e qualidade da força de trabalho da saúde (MIHN, et al, 2014).

São analisados também as lacunas de preparo na APS em Nova York, Estados Unidos da América, examinando se os sites da APS avaliam o risco de vulnerabilidade da comunidade, se o site é identificado como um serviço essencial para a continuidade das operações de preparo em desastres, se o site tem memorandos relacionados a transporte e armazenamento de vacinas e se no site há treinamentos completos a venda (WILLIAMS, 2017). PHALKEY, REVATI et al, (2012) avalia em seu estudo a capacidade de resposta a inundações do sistema de APS no distrito rural de Orissa em Jagatsinghpur na Índia, por meio da investigação da carga de trabalho rotineira e os serviços prestados nas instalações da APS local, assim como a capacidade do leito; qualidade dos cuidados fornecidos; Sistemas de gerenciamento de informações de saúde, incluindo vigilância de rotina e de emergência;

funcionamento de sistemas de acessórios como eletricidade, resíduos sólidos, estradas de acesso; e atividades e planos de contingência e preparação na instalação, o essencial suporta pilhas de estoque de emergência. E para examina a preparação da APS por meio da análise do estado de integração do centro de saúde na preparação da comunidade, realizamos um estudo nacional a respeito do vínculo dos profissionais dos centros de saúde e as iniciativas de planejamento de atendimento e resposta em suas comunidades tendo como base a experiência do furacão em Nova Orleans, cidade urbana dos Estados Unidos da América (WINEMAN, et al, 2007). A eficácia e abrangência correspondeu a hipótese deste estudo, pois foram apenas cinco os artigos disponíveis para pleitear sobre a temática proposta.

Os resultados indicaram que não existe um consenso quantitativo na literatura sobre a eficácia do preparo e da resposta dos centros de APS. No entanto, podemos afirmar de forma unânime que as evidências apontam que tanto o preparo quanto a resposta na APS encontram-se inadequados ou com limitações específicas como: ciência dos protocolos existentes, atualização dos planos locais; melhoria na comunicação com a população; melhor coordenação com nível federal, recurso financeiro e mais treinamentos. Observamos também que as evidências de avaliações existentes não abordam uma gama grande de desastres, os citados foram: inundações, tempestades e terremotos. Não foi viável para nós realizar uma meta-análise para 5 estudos selecionados, devido à alta heterogeneidade entre os estudos e as diferenças da amostra.

Conclusão:

Conforme prevalece na análise dos estudos internacionais que compuseram a amostra desta revisão, a APS encontra-se inadequada e com limitações de preparo e resposta específicas em desastres, principalmente com relação a baixa cooperação política e falta de formação profissional nesta área do conhecimento.

Bibliografia:

BANDEIRA, Rodrigues, Ludmila Barbosa et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva** vol. 19, n 02. Fevereiro 2014. Disponível em: < http://www.scielo.org/article_plus.php?pid=S1413-81232014000200343&tlng=pt&lng=en > Acesso em 31 agosto 2016.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al, Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n. spe, p. 131-139, Feb. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 setembro 2016.

ISDR -INTERNATIONAL STRATEGY FOR DISASTER REDUCTION. Global **Assessment Report on Disaster Risk Reduction – Revealing risk, redefining development**. United Nations, Geneva, Switzerland. 2011. Disponível em: <

<https://www.unisdr.org/we/inform/publications/19846>> Acesso em 03 outubro 2016.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Disasters in today's world. Knowledge Center on Public Health and Disasters. **PAHO**. 2016. Disponível em: http://saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=article&id=346&Itemid=506&lang=en

Acesso em 18 de agosto de 2016.

PHALKEY, REVATI et al. Prepared to react? Assessing the functional capacity of the primary health care system in rural Orissa, India to respond to the devastating flood of September 2008 **Glob Health Action**. 2012 doi:10.3402/gha.v5i0.10964 Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307669/> Acesso em: 07 novembro 2017.

SOBRAL, André et al. Desastres naturais - sistemas de informação e vigilância: uma revisão da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 19, n. 4, p. 389-402, dez. 2010. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000400009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 26 agosto 2016.

LABRAGUE, LJ; YBOA, BC; MCENROE-PETITTE, DM; LOBRINO, LR; & BRENNAN, MGB (2016). Disaster Preparedness in Philippine Nurses. **Journal of Nursing Scholarship**, 48(1), 98-105. doi: 10.1111/jnu.12186 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26650188> Acesso em: 07 novembro 2017.

MINH, H. V., ANH, T. T., ROCKLOV, J., GIANG, K. B., TRANG, L. Q., SAHLEN, K. G., WEINEHALL, L. Primary healthcare system capacities for responding to storm and flood-related health problems: a case study from a rural district in central Vietnam. **Global Health Action**, 2014. doi: 10.3402/gha.v7.23007 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4265642/> Acesso em: 07 novembro 2017.

WILLIAMS, M. D., JEAN, M. C., CHEN, B., MOLINARI, N.-A. M., & LEBLANC, T. T. (2017). Primary Care Emergency Preparedness Network, New York City, 2015: Comparison of Member and Nonmember Sites. **Am J Public Health**, 107(S2), S193-S198. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28892448> Acesso em: 07 novembro 2017.

WINEMAN, N. V., BRAUN, B. I., BARBERA, J. A., & LOEB, J. M. (2007). Assessing the Integration of Health Center and Community Emergency Preparedness and Response Planning. **Disaster Medicine and Public Health**

Preparedness, 1(2), 96-105. doi: 10.1097/DMP.0b013e318158d6ee Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18388636>
Acesso em: 07 novembro 2017.

Análise espacial da pobreza e vulnerabilidade social na cidade de Santa Maria, RS, no período de 2000 a 2010

Pedro Leonardo Cezar Spode

Liliane Milani de Moraes

Rivaldo Mauro de Faria

Universidade Federal de Santa Maria

Palavras-Chave: Vulnerabilidade Social; Pobreza Urbana; Indicadores Sociais

Introdução

A urbanização no Brasil foi um processo dinâmico. Em poucas décadas, grande parcela da população rural migrou para os centros urbanos, originando uma série de problemas de ordem socioespacial na maioria das cidades. É possível afirmar que é nos anos de 1970, reiterando o termo utilizado por Milton Santos, o período em que a urbanização alcança um novo patamar, onde, em termos numéricos, a década contou com aumento dos núcleos acima de 20 mil habitantes, em seguida a multiplicação das cidades intermediárias, para alcançar, depois, o estágio da metropolização (SANTOS, 1993).

Entre os mais sérios problemas de ordem socioespacial no espaço das cidades está a pobreza urbana, presente em todas as regiões e cidades do país, diferindo-se apenas pelos contextos regionais e locais de cada cidade. Embora alguns números demonstrem certos progressos nas últimas décadas, a problemática da pobreza no Brasil ainda se reproduz no espaço, onde a periferização e a fragmentação nas grandes cidades brasileiras, ajusta-se como um reflexo da reprodução do capital em nosso país. Pereira (2008, p. 4) coloca que, apesar de ser um fenômeno de difícil definição, “sua manifestação no espaço geográfico é um fato que dificilmente passa despercebido”.

Diante disso, o objetivo central deste projeto de pesquisa é compreender a dinâmica geográfica da pobreza no espaço urbano de Santa Maria, RS, a partir do conceito de Vulnerabilidade Social (VS), tendo como recorte temporal o período entre os anos de 2000 e 2010.

O Problema

O principal questionamento desta pesquisa paira sob as seguintes interrogações: como se distribui espacialmente a população em situação de Vulnerabilidade Social (VS) no espaço urbano de Santa Maria, RS, no período proposto? É possível identificar e mapear as áreas de maior e menor Vulnerabilidade Social nessa cidade?

A temática proposta por si só se justifica. Entretanto, a espacialização da população em situação de Vulnerabilidade Social em escala intra-urbana, assim como a construção de um índice de Vulnerabilidade Social da cidade de Santa Maria (IVSSM), tornam-se elementos de fundamental importância para a investigação da pobreza, pois a identificação das áreas vulneráveis pode contribuir para a produção de projetos pelo Poder Público, que visem políticas assistenciais, sobretudo nas áreas de saúde e ambiente, de modo espacial na esfera municipal.

Desafios para atingir os resultados

A pesquisa possui sua abordagem sob o enfoque quali-quantitativo, pois discutirá elementos referentes a processos sociais e socioespaciais, de ordem qualitativa, bem como a análise quantitativa, se valendo de recursos estatísticos para o trabalho

Dessa maneira, primeiramente será realizada uma pesquisa bibliográfica a respeito de temas como a pobreza urbana e a segregação socioespacial. O aprofundamento com relação a estes campos teóricos será de suma importância para a compreensão e posterior conceituação da Vulnerabilidade Social (VS), tema central dessa pesquisa.

A VS é um fenômeno de natureza múltipla que resulta das condições de pobreza. Por isso, envolve indicadores diversos que variam em relação a escala (temporal e espacial), tipologia e natureza (quantitativa e qualitativa). Uma forma de enfrentar esse desafio é através das metodologias de avaliação multicritério, como a que foi aplicada pelo Instituto de Pesquisas Aplicadas (IPEA, 2015) na avaliação da VS dos municípios brasileiros. Mas esse estudo é feito na escala nacional e regional, não no espaço intraurbano, que é nossa proposta.

Por isso, para a construção do Índice de Vulnerabilidade Social da cidade de Santa Maria (IVSSM) será utilizado como base o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) elaborado pelo Núcleo Fortaleza do Observatório das Metrópoles de 2009, que teve como propósito analisar a vulnerabilidade social e socioambiental na Região Metropolitana de Fortaleza (RMF). Conforme Medeiros (2014, p. 386):

o IVS é um importante instrumento de representação, pois permite a associação de diferentes variáveis em um indicador sintético, servindo de subsídio para analisar as características de grupos populacionais que vivem em áreas geográficas bem delimitadas” (MEDEIROS, 2014, p. 386).

O IVS propõe indicar as áreas de maior e menor vulnerabilidade social, indicando também os fatores que contribuem para explicar índices tão

extremos (DANTAS, 2009). Para isso, serão utilizados Indicadores Sociais do IBGE a nível de educação, renda, qualidade de habitação e arranjo familiar, e assim serão tratados estatisticamente para a construção do índice.

As variáveis utilizadas serão retiradas do censo do IBGE dos anos de 2000 e 2010, a nível de setores censitários, menor unidade espacial utilizada pelo IBGE, e organizadas no Microsoft Excel para criação de um banco de dados respectivo aos dois censos, o que permitirá a análise das transformações ocorridas em uma década no espaço urbano da cidade.

Será efetuada a “união” dos dados tabulados no Excel para os softwares QGIS 2.14.12 e Philcarto¹, onde serão produzidos mapas temáticos da Vulnerabilidade Social no espaço urbano de Santa Maria, RS, nos anos de 2000 e 2010. Dessa forma, será possível identificar quais as áreas possuem a maior e menor vulnerabilidade social na cidade.

Para a elaboração de mapas temáticos da Vulnerabilidade Social em Santa Maria, serão utilizados dados do IBGE (2000 e 2010) referentes a educação, renda, qualidade de habitação, além de arranjo familiar. Com relação aos dados de educação, serão considerados principalmente o analfabetismo e o analfabetismo funcional (até três anos de estudo), associados a faixa etária e gênero. No que se refere a renda, será utilizado os responsáveis por domicílio que ganham até dois salários mínimos, tendo em vista que é o dado mais detalhado nesse sentido, no âmbito dos setores censitários. Já os dados a respeito das condições de habitação, serão selecionados indicadores que demonstrem carência com relação a infraestruturas básicas como saneamento, água canalizada, coleta de lixo, etc. Para o arranjo familiar serão utilizados indicadores relacionados a gênero e idade.

Embora os Indicadores Sociais do IBGE apresentem um caráter quantitativo, cabe ressaltar que a interpretação desses dados é que se torna o elemento fundamental para a pesquisa, de outra forma, os dados ainda seriam apenas números. Por fim, após o levantamento e tratamento dos dados, serão planejados trabalhos de campo às áreas pertinentes ao estudo da vulnerabilidade, a fim da observação in loco, a nível de espaço intra-urbano, da realidade identificada nos dados.

Considerações

Este resumo trata-se de parte do projeto de pesquisa de mestrado em desenvolvimento junto ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Santa Maria, (PPGEO – UFSM), no âmbito do Núcleo

¹ Philcarto é um software livre desenvolvido pelo geógrafo francês Philippe Waniez, disponível em quatro idiomas: francês, inglês, espanhol e português. É um programa gratuito que pode ser adquirido através de download no site <http://philcarto.free.fr>.

de Pesquisa em Geografia da Saúde (NePeGS), com previsão de término para 2020. Dessa maneira, o trabalho encontra-se em fase de aprofundamento a respeito do arcabouço teórico, a fim de delimitar os aspectos conceituais que irão permear a pesquisa.

Bibliografia

DANTAS, Eustógio Wanderley Correia. Vulnerabilidade socioambiental na região metropolitana de Fortaleza. Maria Clélia Lustosa Costa e Eustógio Wanderley Correia Dantas [organizadores]. – Fortaleza: Edições UFC, 2009.

IPEA. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília: IPEA, 2015.

MEDEIROS, Cleyber Nascimento de. Análise das Condições de Vulnerabilidade Social do município de Caucaia (CE). Geografia, Rio Claro, v. 39, n. 2, p. 383-401, mai. /ago. 2014.

PEREIRA, Mirlei Fachini Vicente. A pobreza urbana no Brasil: considerações a partir das análises geográficas. IV Semana do Servidor e V Semana Acadêmica da Universidade Federal de Uberlândia: UFU, v. 30, 2008.

SANTOS, Milton. A urbanização brasileira. São Paulo: Editora Hucitec. 1993.

A Territorialização dos serviços da Atenção Básica à Saúde na área urbana do município de Santa Maria, RS.

Douglas Bouvier Erthal

Universidade Federal de Santa Maria/UFSM

Rivaldo Faria

Universidade Federal de Santa Maria

Paloma da Silva Savian

Universidade Federal de Santa Maria/UFSM

Priscila de Aguiar

Universidade Federal de Santa Maria/UFSM

Introdução

A territorialização da saúde é uma das diretrizes da Atenção Básica à Saúde (ABS) no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012). Podemos defini-la como a apropriação do espaço geográfico pelos serviços de saúde (UNGLERT, 1995), sendo também compreendida como um processo social de mudanças nas práticas sanitárias (MENDES, 1993). De acordo com Teixeira et al (1998) a organização dos serviços e das ações de vigilância em saúde tem seu início com a territorialização do sistema local de saúde.

Ao realizar a territorialização e conseqüentemente a delimitação da área de abrangência dos serviços de saúde a um público-alvo adscrito e geograficamente definido, os municípios estarão definindo suas responsabilidades sanitárias. No entanto, os municípios enfrentam dificuldades nesse processo de definição das responsabilidades sanitárias, pois, em resumo, são os recortes territoriais que vão definir as responsabilidades sanitárias em áreas de gestão e de vigilância e controle ações (PAIM, 1993, 1994; MENDES, 1993). A deliberação da territorialização da saúde é fundamental para que os princípios da atenção básica à saúde – porta de entrada, continuidade, integralidade e coordenação dos fluxos - sejam concretizadas.

A ABS deve ser o contato preferencial do usuário com o sistema de saúde, mas para tal, é necessário que o usuário reconheça a sua porta de entrada. É preciso desenhá-la, pois se essa porta de entrada estiver mal desenhada é provável que obstaculize a entrada do usuário no sistema de saúde e a coordenação dos fluxos (FARIA, 2013). A territorialização da saúde definirá as áreas de atuação dos serviços de atenção básica e indicará, por seu turno, qual deverá ser a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMS-SM) do Rio Grande do Sul vem realizando o processo de territorialização da saúde há cerca de quatro

anos. No entanto, acreditamos que esse processo se deu de modo descontínuo e diretamente ligado a escolhas políticas equivocadas.

Portanto, essa pesquisa tem como objetivo principal realizar um diagnóstico da territorialização da ABS na área urbana do município de Santa Maria. O município encontra-se localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, sob a latitude central 29º 41'02" e longitude central 53º 48'25". De acordo com o IBGE (2017), o município tem área total de 1.788,1 km² e possui uma população estimada de 278.445 mil habitantes, com 95% da população residente na área urbana.

O problema

A territorialização da ABS é um ainda problema na política de reordenamento assistencial do SUS no Brasil. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), que é o documento que regula esse processo, indica que o sistema de saúde brasileiro tem uma porta de entrada e ela deve ser desenhada através da territorialização, com participação de todos os profissionais e da comunidade. Mas esse processo nem sempre é feito ou é feito burocraticamente, não atendendo os princípios da ABS. Essa é a problemática dessa pesquisa. Ela indica algumas possíveis respostas, como o processo político eivado de ideologias, o descontínuismo no planejamento, a falta de conhecimento para implementar ou até mesmo o desconhecimento da gestão. Indica também algumas possíveis consequências, como a fragmentação da atenção, a falta de resolutividade, a dificuldade no acesso aos serviços, entre outras.

É preciso iluminar essas questões na prática, ou seja, no dia a dia do planejamento e gestão de saúde do SUS. A justificativa é exatamente a tentativa de apontar encaminhamentos para a convergência assistencial, sob o modelo idealizado para o SUS no Brasil. É importante também discutir esse processo com os gestores, não apenas na academia. Ou seja, não se trata de apontar problemas, mas de buscar soluções coletivas. E a geografia pode e deve fazer isso. Portanto, temos um problema não apenas possível de ser operacionalizado, mas necessário. Investigá-lo na cidade de Santa Maria pode também contribuir para apontar problemas e causas locais, mas que possivelmente sejam também vivenciadas por uma grande maioria dos municípios brasileiros.

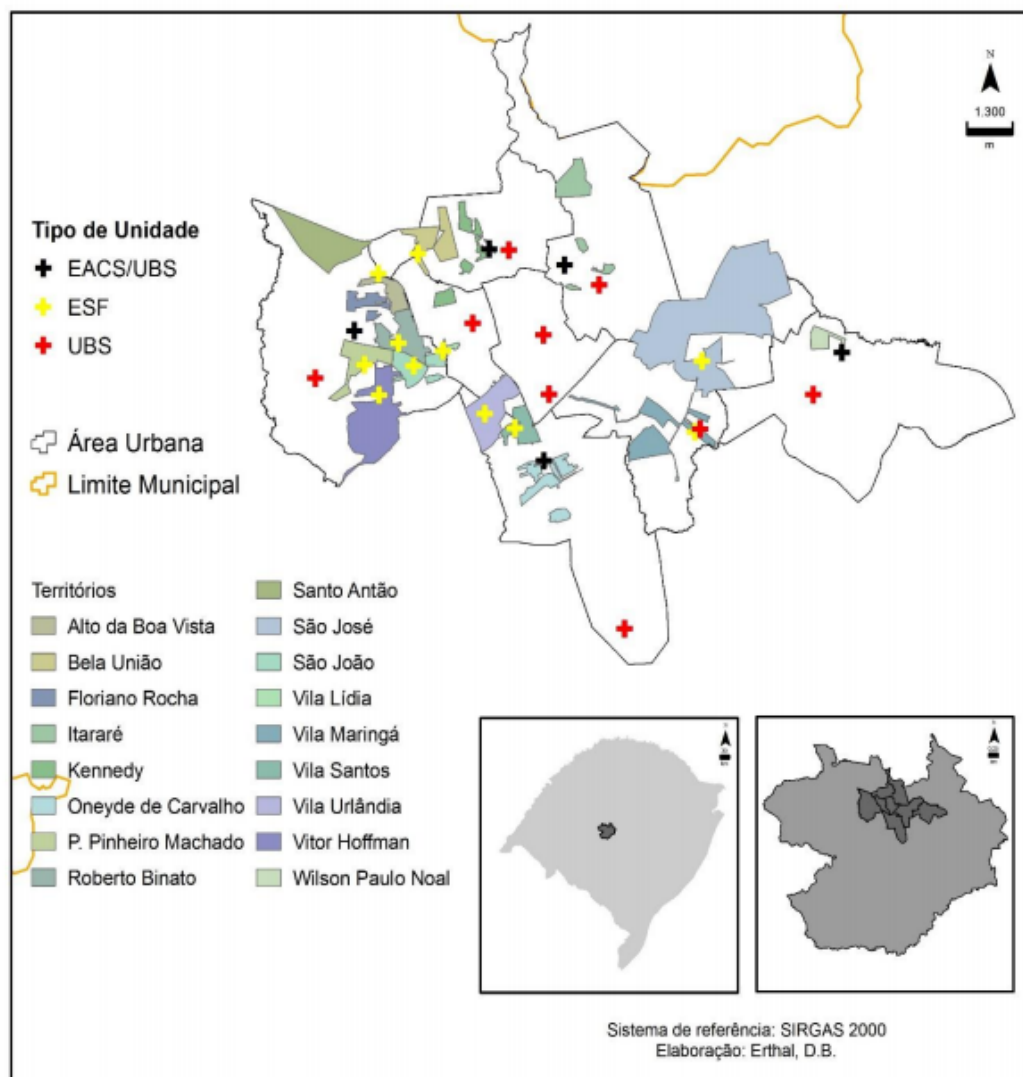
Resultados obtidos

Os resultados encontrados mostram uma organização territorial da Atenção Básica à Saúde na área urbana de Santa Maria fragmentada em dois modelos de atenção. O primeiro modelo, territorializado, que consiste numa população adscrita e geograficamente definida atendida nas Estratégias Saúde da Família (ESF) e Equipes Saúde da Família (EACS) e outro modelo não territorializado,

onde as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais ficam responsáveis por atender a demanda espontânea vinda de todas as partes (figura 1).

Essa fragmentação do modelo assistencial não corrobora com as normativas da PNAB. É preciso que Santa Maria reoriente e unifique seu o modelo assistencial para a Saúde da Família, que vem sendo proposto desde 1997 (BRASIL, 1997). Dentre os principais achados da pesquisa, nota-se uma arbitrariedade na organização espacial das unidades e na delimitação dos territórios, não respeitando limites das regiões administrativas e também os limites da área urbana e rural. Isso reflete numa proposta de territorialização incoerente e equivocada, tornando-a ineficaz.

Figura 1: Configuração territorial dos serviços da ABS na área urbana de Santa Maria, RS.



Outro resultado é infraestrutural e de gestão. Muitos serviços da ABS em Santa Maria são improvisados. Por exemplo, prédios e galpões alugados em condições de infraestrutura precária e até de insalubridade, falta de cadastramento da população nas micro áreas dos agentes comunitários de saúde (ACS) e condições precárias de trabalho. A grande parte destes desafios não é de responsabilidade das equipes, pois deve-se encontrar uma solução na estrutura do planejamento e da gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

A última constatação elencada nesta pesquisa é a cobertura assistencial. Muitas vezes a territorialização é vista como a solução para os problemas da ABS em Santa Maria, porém ela mesmo mostra a arbitrariedade dos territórios definidos e a baixa cobertura na cidade, que é de aproximadamente 28% do território (FARIA, 2018).

Considerações

Considera-se que a contribuição geográfica se faz relevante no planejamento territorial dos serviços do SUS, pois a saúde está fortemente relacionada com os processos territoriais e com a alocação dos serviços de saúde no território. Esse fato fica evidente na PNAB (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017), onde o conceito de território ganha relevância com sua publicação, apontando-o como eixo balizador para o planejamento em saúde. No Brasil, o planejamento em saúde é realizado por meio do processo de territorialização dos serviços de saúde. Contudo, observou-se no município de Santa Maria, que esse processo de definição das responsabilidades sanitárias foi idealizado de maneira equivocada e errônea. Seus principais resultados são quase ineficazes para a consolidação e resolutividade do modelo assistencial baseado na saúde da família.

Observa-se, também, que na área urbana de Santa Maria os serviços de saúde foram instalados, em maioria, de modo aleatório, sem uma metodologia adequada de implantação. Tem-se a impressão que as unidades de saúde foram “jogadas no território” (FARIA, 2017). Além do mais, pode-se concluir que a localização e os limites dos territórios estão equivocados, refletindo um modelo incapaz de compreender a complexidade dos territórios e solucionar as necessidades de saúde da população. Portanto, o município de Santa Maria, deve romper com a divisão em dois modelos de atenção básica (territorializada e não territorializada) e seguir as normativas da PNAB. Isso porque, o atual modelo fragmentado, além de apresentar problemas para os gestores, torna-se incapaz de prestar uma atenção contínua, resolutiva e de qualidade à população.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

FARIA, R. “Implementação de tecnologia cartográfica nas ações de planejamento e vigilância à saúde na área urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul”. [mimeo] Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2017.

FARIA, R. “Implementação de tecnologia cartográfica nas ações de planejamento e vigilância à saúde na área urbana de Santa Maria, Rio Grande do Sul”. [mimeo] Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2018

FARIA, R. Os desiguais limites da porta de entrada do Sistema Único de Saúde (sus) em Pouso Alegre-MG, Brasil. Rae’Ga – O espaço geográfico em análise, v, v.29, p.135- 156, 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria/panorama>. Acesso em: 5 de março de 2018.

MENDES E. V. (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudanças nas práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.

PAIM, J. S. Marco de Referência para um Programa de Educação Continuada em em Saúde Coletiva. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 17, n.3, p. 7-13, 1993.

PAIM, J. S. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1994

TEIXEIRA C. F. et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Inf Epidemiol SUS, 7:7-28, 1998.

UNGLERT, C. V. S., 1995. Territorialização em sistemas de saúde. In: Distrito Sanitário (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.

A INFLUÊNCIA DE FATORES AMBIENTAIS NA OCORRÊNCIA DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA-PR, BRASIL

Glauco Nonose NEGRÃO

Prof. Dr. Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO

Douglas Pietrobon DEPARIS

Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO

Introdução

Rinite alérgica e asma são doenças inflamatórias crônicas das vias aéreas, com elevada prevalência e morbidade, reconhecidas como problemas mundiais de saúde pública (Andrade et al, 2009). Relata-se o aumento de ocorrência em várias partes do mundo nas últimas décadas, principalmente nos países desenvolvidos do Ocidente (CAGNANI et al; 2009; LUNA et al, 2011) principalmente em crianças e adolescentes (MAGALHÃES, 2008), sendo amplamente reconhecido que fatores genéticos e ambientais intervêm em sua patogênese (AZALIM et al, 2013).

O entendimento de que a asma e rinite são entidades distintas vem sendo progressivamente substituído pelo conceito de que elas representam um

continuum de inflamação, envolvendo o conjunto do trato respiratório que ocorre em diferentes locais e períodos de vida do paciente (Ibiapina et al, 2006). Essas doenças têm mecanismos inflamatórios similares e, frequentemente, coexistem no mesmo paciente (SIMONS, 1999, IBIAPINA et al; 2006, CAGNANI et al; 2009).

Diversas causas têm sido apontadas como causadoras do crescente número de casos de rinite. A OMS considera que há necessidade de uma investigação nos fatores desencadeantes nos casos de asma e rinite, embasada no perfil comportamental e identificação dos riscos da população estudada sugerindo alternativas para prevenção (Pastorino, 2005). A sensibilização alérgica dos indivíduos depende da interação entre fatores genéticos e ambientais, bem como das condições climáticas e os aspectos culturais locais. Sendo assim, o conhecimento desses perfis regionais é importante para traçar medidas de controle ambiental (SOARES, et al 2007).

Estudos epidemiológicos são importantes na avaliação das condições de saúde e na ocorrência de doenças em uma população (SOLÉ, 1997). No entanto ainda são poucos os estudos epidemiológicos de base populacional que avaliam a prevalência da associação asma\rinite. O objetivo deste estudo será identificar a prevalência e associação da asma e rinite de uma população de crianças entre 6 a 7 anos e adolescentes de 13 a 14 anos de Guarapuava, PR, em 3 bairros no município de Guarapuava, PR. Acredita-se que os resultados poderão contribuir para as recomendações sobre uma abordagem integrada no diagnóstico e tratamento dessas doenças.

O problema

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), as doenças respiratórias revelam-se como as principais causas de incapacidades no mundo, responsável por 59% dos 56,5 milhões de registros anuais. No Brasil, as doenças respiratórias constituem um problema de saúde pública, ocupando posição de destaque entre as principais causas de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) (FONSECA & VASCONCELOS, 2011), correspondendo a 50% dos atendimentos ambulatoriais na infância (PEREIRA et al, 2011), constituem a segunda causa nos óbitos das regiões Sul e Sudeste e a terceira causa nas demais regiões, sendo responsáveis por aproximadamente 10% das mortes entre os menores de um ano, a segunda causa de óbito na população de zero a um ano de idade e a primeira causa entre as crianças de um a quatro anos (CHIESA et al, 2008). No Brasil as internações por essa causa só perdem para aquelas relacionadas a gravidez, parto e puerpério (GOUVEIA et al; 2006).

Segundo Silva (2008), em conjunto com outros fatores conhecidos a rinite alérgica é considerada fator de risco para a asma e cerca de 70 a 80% dos pacientes com asma alérgica ou não alérgica tem rinite e muitos pacientes com rinite têm asma ou hiper-responsividade brônquica (até 40-50%) e por esta razão o impacto epidemiológico e socioeconômico destas doenças não pode ser negligenciado (KOCABAS; et al, 2005). Em alguns países a associação de rinite alérgica com a asma é considerada um problema de saúde pública com monitoração contínua de suas tendências (BORGES et al, 2006).

Desafios para atingir os resultados

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, sendo realizado a partir de agosto de 2017 até o momento, partir do Programa de Iniciação Científica – 2017 da Universidade Estadual do Centro-Oeste UNICENTRO, com apoio da Fundação Araucária. Serão utilizados os dados secundários sobre a ocorrência de casos de asma e rinite fornecidos pela Prefeitura Municipal de Guarapuava, PR, registrados nas 33 Unidades Básicas de Saúde (UBS) obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde. Entre 2012 a 1016 foram registrados 6.574 casos de asma e 3.622 casos de rinite no município. De posse dos dados iniciou-se o processo de tabulação a partir da planilha eletrônica do Excell, conforme data de notificação, código de identificação da doença, endereço, sexo, idade.

Conforme a faixa etária preconizada, o público alvo será composto por crianças na faixa etária de 6 a 7 anos e adolescentes de 13 a 14 anos de ambos os sexos matriculados em Escolas Municipais e Estaduais da cidade de Guarapuava, PR. Serão aplicados os questionários semi estruturados entre os meses de março e abril de 2018 nos Bairros Boqueirão, no Centro Municipal de Educação Infantil Boqueirão, Colégio Estadual Liane Marta Costa e Escola Estadual César Stange - Ensino de 1º Grau; no Bairro Industrial Escola Municipal Profª Elcidia Santa Maria Pereira e Colégio Estadual EFM DULCE MASCHIO e Bairro São Cristovão Colégio Estadual Cristo Rei – EFM e Escola Municipal Dirce Terezinha Jaeger.

Serão utilizados como modelos para confecção do questionário semi estruturado o roteiro pediátrico Pediatric Quality of Life Inventory (2005) (versão de auto avaliação da criança e do adolescente), validado para a população brasileira; protocolo ISAAC (1988); ficha “A” do Sistema de Informação de Atenção Básica pertencente ao Ministério da Saúde (2018), bem como nos aspectos epidemiológicos ambientais demonstrados por Ibiapina et al 2006 e Silva et al 2008, com a finalidade de avaliar o ambiente domiciliar dos participantes.

Resultados e discussões

Em relação aos casos de rinite, foram registrados 579 casos de outras rinites alérgicas, com maior ocorrência no primavera com 182 casos, ocorrência maior entre os meses de agosto (65 casos), setembro (69 casos) e março (65 casos). O ano de maior ocorrência foi em 2014 (172 casos). Em relação à outras rinites alérgicas sazonais (76 casos), ocorrência maior na primavera (31 casos), ocorrência maior entre os meses de agosto (9 casos), setembro (14 casos) e outubro (10 casos). O ano de maior ocorrência foi 2013 (24 casos).

Quanto à rinite alérgica devido à pólen, registrados 47 casos, com ocorrência maior na primavera (19 casos), ocorrência maior entre os meses de setembro (5), outubro (7) e novembro (7). O ano de maior ocorrência, com 14 casos, foi 2014. Em relação à rinite alérgica não especificada, total de 2255 casos, ocorrência maior no inverno (669 casos), sendo março (250 casos) e agosto (264 casos), os meses com maior número de registros.

Quanto à rinite vasomotora (575 casos), ocorrência maior na primavera (153 casos) e outono (153 casos), ocorrência maior nos meses de outubro (71 casos), fevereiro (78 casos) e março (78 casos), ano de maior ocorrência 2012. Sobre a faringite crônica e nasofaringite (36 casos), ocorrência maior no mês de junho (11 casos) e ano maior de ocorrência em 2013. Quanto à rinite crônica total de 54 casos, ocorrência maior no inverno (20 casos) com maiores registros nos meses de agosto (8 casos), setembro (7 casos) e outubro (7 casos).

Quanto à ocorrência por bairros, outras rinites alérgicas sazonais predominância nos bairros Boqueirão (17 casos) e Santana (11 casos); rinite alérgica devido à pólen Bonsucesso (5 casos), Boqueirão (4 casos), Santana (3 casos) e São Cristóvão (5 casos); rinite alérgica não especificada Boqueirão (239 casos), Industrial (249 casos), Primavera (210 casos) e São Cristóvão (216 casos); outras rinites alérgicas, Boqueirão (43 casos), Cascavel (48 casos) e São Cristóvão (66 casos); faringite e nasofaringite ocorrência nos bairros Boqueirão (5 casos) e Vila Bela (5 casos); rinites crônicas, predominância nos Bairros Bonsucesso (8 casos) e Boqueirão (9 casos) e Morro Alto (16 casos).

Quanto ao sexo, predominância no sexo feminino, com 2138 casos (59,90%) e masculino com 1431 (40,01%). Quanto à faixa etária, registrados de 0 a 1 ano, 126 casos (3,53%); 1 a 5 anos, 414 casos (11,59%); 6 a 15 anos, 961 casos (26,92%); 16 a 21 anos, 385 casos (10,78%); 21 a 60 anos, 1502 casos (42,08%) e maior que 61 anos, 168 casos (4,70%).

Em relação aos casos de asma mista não alérgica, total de 2856 casos, os maiores registros ocorreram nos meses outono (899 casos), ocorrência maior no mês de maio (331 casos) e abril (291 casos) e primavera (796 casos),

ocorrência maior em setembro (308 casos) e outubro (339 casos). O ano de maior ocorrência foi 2014, com 1024 casos.

Em relação aos casos de asma não especificada, total de 2999 casos, maior ocorrência no outono (895 casos), ocorrência maior no mês de maio (374 casos) e inverno (939 casos), com ocorrência maior nos meses de junho com 316 casos e agosto, com 327 casos.

O ano de maior ocorrência foi em 2016, com 969 casos. Em relação à asma predominantemente alérgica, total de 719 casos, ocorrência maior no outono (207 casos), ocorrência maior em maio (93 casos) e inverno (200 casos), ocorrência maior nos meses de junho (87 casos) e agosto (63 casos). O ano de maior ocorrência foi 2016 (198 casos). De forma geral, verifica-se maior ocorrência na estação de outono, com 2001 casos, seguida de inverno com 1789 casos, primavera com 1675 casos e verão, com 1109 casos.

Quanto à ocorrência por bairros, asma não alérgica predominância nos bairros Morro Alto (113 casos), Alto Cascavel (84 casos) e São Cristóvão (64 casos); asma mista Industrial (229 casos), Boqueirão (387 casos), Morro Alto (198 casos) e São Cristóvão (178 casos); asma não especificada Boqueirão (252 casos), Conradinho (196 casos), Industrial (318 casos), Morro Alto (222 casos) e São Cristóvão (406 casos).

Quanto ao sexo, predominância no sexo feminino, com 3733 casos (57,65%) e masculino com 2742 (42,34%). Quanto à faixa etária, registrados de 0 a 1 ano, 329 casos (5,08%); 1 a 5 anos, 1029 casos (15,89%); 6 a 15 anos, 980 casos (15,13%); 16 a 21 anos, 292 casos (4,50%); 21 a 60 anos, 2423 casos (37,42%) e maior que 61 anos, 1425 casos (22,00%).

Considerações finais

É necessário a implantação de programas de asma e rinites locais e regionais adaptados às diferentes realidades do nosso país (Franco et al; 2008). É preciso conhecer os eventos relativos à saúde que afetam os indivíduos e os contextos ambientais dos lugares, para promover estratégias consequentes e eficazes de promoção da saúde.

Uma vez que a pesquisa aqui apresentada se encontra em andamento, é necessário amadurecer a metodologia incluindo análises multicriteriais, geração de mapas de cluster representando informações geográficas agrupadas com valores aproximados, uma vez que a área de estudo é abrangente e envolve diversas variáveis de caráter socioeconômico, urbanas e econômicas completamente distintas.

Referências

- ANDRADE, R.C.; et al. **Comorbidade asma e rinite alérgica: inter-relações entre as vias aéreas superiores e inferiores**. Rev Med Minas Gerais 2009; 19 (4 supl 5): s19-s24.
- AZALIM, Sílvia Paschoalini Azalim; et al. **Fatores de risco associados à rinite alérgica e à asma em crianças**. Braz J Allergy Immunol. 2013; 1(1):14-22.
- BORGES, W.G. et al. **Prevalência da rinite alérgica em adolescentes do Distrito Federal**. Brasília: Jornal de Pediatria, v.82, n.2, p.7, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php> . Acesso em 07 de março de 2018.
- CAGNANI, C.E., et al. **Actualización de rinitis alérgica y su impacto en el asma (ARIA 2008)**. La perspectiva latino-americana. RevAlergMex 2009; 56;56-63.
- FONSECA, Fernanda Rodrigues; VASCONCELOS, Cíntia Honório. **Estudo da distribuição de doenças respiratórias no estado de Santa Catarina, Brasil**. Cad. Saúde Colet., 2011, Rio de Janeiro, 19(4): 454-60.
- GOUVEIA, N.; et al. **Hospitalizações por causas respiratórias e cardiovasculares associadas à contaminação atmosférica no município de São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. 2006; 22(12): 2669-2677.
- IBIAPINA, C. C., et al. **Rinite, sinusite e asma: indissociáveis**. J. BrasPneumol. 2006; 32(4): 357-66.
- ISAAC. **Steering Committee: Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)**. Eur Respir J. 1998;12:315-35.
- KOCABAS, C.N.; et al. **Burden of rhinitis in children with asthma**. Pediatr Pulmonol 2005; 40:235-40.
- LUNA, M. F.; ALMEIDA, P.C.; SILVA, M. G. C. **Prevalência e associação de asma e rinite em adolescentes de 13 a 14 anos de Fortaleza, Ceará, Brasil**. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(1): 103-112, jan, 2011.
- MAGALHÃES, E. F. D. **Prevalência e fatores de risco para asma em adolescentes de 13 a 14 anos na cidade de pouso alegre, MG**. Dissertação de Mestrado Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. São Paulo, p. 113. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

PASTORINO, A. C. **Estudo da prevalência de asma e doenças alérgicas, da sensibilização a aeroalérgenos e da exposição a fatores de risco em escolares de 13-14 anos na região oeste da cidade de São Paulo**. Tese de Doutorado da Universidade de São Paulo, 172 pags. 2005.

PEREIRA, Solange Viviane; et al. **Análise dos atendimentos ambulatoriais por doenças respiratórias no município de Alta Floresta – Mato Grosso – Amazônica brasileira**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 20(3):393-400, jul-set, 2011.

SILVA, Eduardo Costa de Freitas. **Rinite alérgica e comorbidades**. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. Ano 7, julho-dezembro de 2008.

SIMONS, F.E.R. **Allergic rhinobronchitis: the asthma-allergic rhinitis link**. J Allergy Clin Immunol 1999; 104:534-40.

SOARES, Fernanda Aparecida Almeida; et al. **Perfil de sensibilização a alérgenos domiciliares em pacientes ambulatoriais**. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.53 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2007.

SOLE, D. **Prevalência e mortalidade por asma na cidade de São Paulo, SP**. (Tese de Livre-Docência). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.

[Melissa L. McCarthy](#), et al. **The Pediatric Quality of Life Inventory: An Evaluation of Its Reliability and Validity for Children With Traumatic Brain Injury**. Archives of physical medicine and rehabilitation. October 2005 Volume 86, Issue 10, Pages 1901–1909.