

Perfil Epidemiológico da População no 8º Distrito Sanitário de Maceió, Alagoas¹

ALEXIA MORGANA SANTOS SALES

ANNA CAROLLINA FIGUEIREDO FARIAS

ARTUR BRUNO SILVA GOMES

JÚLIA GONÇALVES FERREIRA

Acadêmica de Medicina Centro Universitário Tiradentes (UNIT)

ANA CAROLINA DO NASCIMENTO CALLES

Doutora em Biotecnologia pelo Programa de Doutorado em Biotecnologia – Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO). Universidade Federal de Alagoas –UFAL

JOSÉ CÉSAR DE OLIVEIRA CERQUEIRA

Enfermeiro. Mestre em Ciência pela UNIFESP.

Professor adjunto I do Curso de Enfermagem e Medicina de UFAL- Campus Arapiraca

ROSANE PEREIRA DOS REIS

Enfermeira, pós-graduada em Docência e Gestão do Ensino Superior e

Doutora em Biotecnologia pelo Programa de Doutorado em Biotecnologia – Rede Nordeste de Biotecnologia (RENORBIO) pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL

DANIELE GONÇALVES BEZERRA

Professora Assistente da Universidade Federal de Alagoas – UFAL

Doutora em Biologia Humana e Experimental

Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil

Resumo

Em uma abordagem epidemiológica, a população-alvo foi estimada, usando-se dados de incidência, prevalência e mortalidade. Este estudo teve como objetivo o perfil epidemiológico do 8º Distrito Sanitário de Maceió. Trata-se de um epidemiológico caracterizado como descritivo, observacional, retrospectivo e transversal, com foco de análise uma microrregião em saúde. Para elucidar o objeto, os elementos apresentados estão vinculados ao DATASUS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, abrangendo o período de 2012 a 2016, com busca realizada em maio de 2017. Os resultados mostraram que no 8º Distrito Sanitário de Maceió, no período de 2012 a 2016 apresentou população estimada de 41.778 hab., e no que se refere à maior causa de mortalidade, incidem as doenças

¹ Epidemiological Profile of the Population in the 8th Sanitary District of Maceió, Alagoas

cardiorrespiratórias e neoplasias (49,4%). Outras patologias relacionadas ao aspecto sociodemográfico, como infecciosas e parasitárias (4,5%) também foram evidenciadas. Além disso, o coeficiente de mortalidade masculino (5,96%) é 1,4 vezes maior que o feminino, em termos de idade, a faixa etária mais afetada foi da população acima de 60 anos (51,14%). Os dados apresentados refletem a iniquidade social, evidenciada pela vulnerabilidade do grupo social idoso, devido à assistência de saúde ineficiente e muitas vezes inacessível. Nesse sentido, no âmbito epidemiológico, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias locais de assistência à saúde. Conclui-se que Os bairros do 8º DS, carecem de vigilância epidemiológica, em nível estadual-municipal, para coordenar ações às emergências epidêmicas, além de estratégias locais com intuito assistencial e políticas preventivas.

Palavras-Chave: Epidemiologia. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde.

Abstract

In an epidemiological approach, the target population was estimated using incidence, prevalence and mortality data. This study aimed to epidemiologically profile the 8th Sanitary District of Maceió. It is an epidemiological characterized as descriptive, observational, retrospective and cross-sectional, with the focus of analysis on a microregion in health. To elucidate the object, the elements presented are linked to DATASUS, Informatics Department of the Brazilian Unified Health System, covering the period from 2012 to 2016, with a search carried out in May 2017. The results showed that in the 8th Sanitary District of Maceió, in the period from 2012 to 2016, there was an estimated population of 41,778 inhabitants, and with regard to the highest cause of mortality, cardiorespiratory diseases and neoplasms (49.4%). Other pathologies related to the sociodemographic aspect, such as infectious and parasitic (4.5%) were also evidenced. In addition, the male mortality rate (5.96%) is 1.4 times higher than the female, in terms of age, the most affected age group was of the population over 60 years (51.14%). The data presented reflect the social iniquity, evidenced by the vulnerability of the elderly social group, due

to inefficient and often inaccessible health care. In this sense, in the epidemiological context, it is necessary to develop local health care strategies. It is concluded that the neighborhoods of the 8th DS, lack epidemiological surveillance, at the state-municipal level, to coordinate actions to epidemic emergencies, in addition to local strategies with assistance and preventive policies.

Keywords: Epidemiology. Public Health. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A epidemiologia objetiva investigar a etiologia de doenças transmissíveis, o que ajuda a garantir a identificação de métodos preventivos, melhorando, principalmente, a saúde de populações menos favorecidas. Nesse sentido, ela é usada para descrever o estado de saúde populacional e, com isso, é essencial para as autoridades de saúde (Bonita et al., 2006). Ademais, apesar de boa parte das doenças possuir influência de fatores genéticos, os fatores ambientais também são responsáveis por diversas patologias. Assim, torna-se evidente o impacto socioeconômico na saúde pública. (Barreto, 1998).

Dessa forma, o perfil epidemiológico é indicador observacional das condições de vida, do processo saúde-doença e do estágio de desenvolvimento da população (Silva, 2013). Na última década, um considerável número de estudos indicou que houve alteração no perfil de saúde tanto da população brasileira, como também de países da América Latina (Dietrich, Colet e Winkelmann, 2019). Consequentemente, as mudanças nas taxas de morbimortalidade, assim como nas causas adoecimento populacional, são fatores que corroboram para o delineamento epidemiológico com o decorrer do tempo.

Os indicadores de saúde são imprescindíveis para monitorar o progresso dos países e para distribuir recursos na saúde pública. Contudo, esses dados omitem as diferenças entre subgrupos populacionais, apesar da necessidade de priorização dos desfavorecidos, já que essa priorização atua positivamente nos indicadores (Silva et al., 2016).

O Brasil apresenta desigualdades históricas que incidem diretamente nos determinantes sociais de saúde, ocasionando as iniquidades populacionais, que, por sua vez, demandam maior embasamento de políticas públicas. De acordo com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, é imprescindível que haja segurança alimentar, melhoria da nutrição e assegurar água e saneamento, evidenciando a importância de fatores socioeconômicos no estudo epidemiológico, uma vez que estão intimamente relacionados com doenças do trato gastrointestinal e parasitoses (ONU, 2015; Silva et al., 2016).

A mensuração do estado de saúde da população é, por isso, uma tradição em saúde pública. Nesse ínterim, o presente estudo, a fim de possibilitar o embasamento da pesquisa e o alcance dos resultados, realizou a seleção de um grupo de informações, tais como: fatores demográficas e socioeconômicos; número de óbitos; nascidos vivos, por intermédio de inquéritos, com vista a traçar o perfil epidêmico. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico do 8º Distrito Sanitário de Maceió, no estado de Alagoas, que abrange Cruz das Almas, Garça Torta, Guaxuma, Ipioca, Jacarecica, Pescaria e Riacho Doce, localizados na região norte de área litorânea desse município.

METODOLOGIA

Trata-se de um epidemiológico caracterizado como descritivo, observacional, retrospectivo e transversal, que teve como foco a análise de microrregião em saúde da cidade de Maceió-AL. Os elementos apresentados estão vinculados ao DATASUS, abrangendo o período de 2012 a 2016, com busca realizada em maio de 2017. As informações utilizadas são arquivadas pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pelo banco de dados do Governo Federal.

RESULTADOS

A população do 8º Distrito Sanitário de Maceió está estimada em 41.778 hab., representando 4,1% da população do município. A densidade demográfica é de 794,72 população/km², sendo o território de menor adensamento populacional. Cruz das Almas se apresenta como o bairro mais populoso com uma população de 13.183 hab. Quanto ao gênero, 53,4% representa o número de indivíduos do sexo feminino dentre os moradores do distrito.

No que tange à mortalidade, doenças do aparelho circulatório lideram as causas, com um índice de 26,7%, sendo seguidas por causas externas (19,5%), neoplasias (13%), doenças do aparelho respiratório (9,7%) e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (9,7%). São outras causas de mortalidade: doenças do aparelho digestivo (6,4%); infecciosas e parasitárias (4,5%); afecções do período perinatal (3,0%); doenças do aparelho geniturinário (1,6%); transtornos mentais (1,5%); doenças do sistema nervoso (1,4%); achados clínicos e laboratoriais normais (1,3%); doenças de pele (0,6%); malformações congênitas e anomalias (0,5%); doenças osteomusculares e tecido conjuntivo (0,4%); hematológicas e imunitárias (0,3%); gravidez, parto e puerpério (0,1%). O bairro Cruz das Almas lidera também o número de óbitos entre 2012 e 2016, com o número absoluto de 550 mortes, que simbolizam 27,2% do total, nesse período. Os bairros que menos se destacam nesse quesito são Garça Torta e Pescaria, com apenas 5,93% do óbitos, cada um.

O coeficiente de mortalidade (cM) médio do distrito é de 5%, entretanto esse número varia bruscamente entre os bairros. Enquanto Garça Torta e Pescaria manifestam 0,9% de cM, no outro extremo, Cruz das Almas tem cM de 4,3%. Demonstra-se ainda o cM do sexo masculino (5,96%) é cerca de 1,4 maior que o coeficiente feminino (4,17%).

A taxa de mortalidade também varia de acordo com a faixa etária. A população acima de 60 anos é a mais afetada (51,14%), seguida pelos indivíduos de 40 a 59 anos (Figura 1).

Figura 1: Distribuição da mortalidade por faixa etária, 8º DS, 2012 a 2016.

Faixa Etária	2012		2013		2014		2015		2016		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 01a	8	4,47	6	3,47	11	5,39	7	3,06	11	4,87	43	4,25
01-04a	1	0,56	0	0,00	0	0,00	1	0,44	1	0,44	3	0,30
05-09a	0	0,00	1	0,58	1	0,49	2	0,87	0	0,00	4	0,40
10-19a	10	5,59	10	5,78	9	4,41	13	5,68	12	5,31	54	5,34
20a 39a	31	17,32	35	20,23	33	16,18	29	12,66	30	13,27	158	15,63
40 - 59a	35	19,55	40	23,12	50	24,51	60	26,20	47	20,80	232	22,95
60 e +	94	52,51	81	46,82	100	49,02	117	51,09	125	55,31	517	51,14
Ign	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	179	100	173	100	204	100	229	100	226	100	1011	100

Fonte: SIM/CAE, acesso em 16/05/2017. Dados sujeitos a revisão.

Quanto à proporção de natalidade, Garça Torta apresenta a menor porcentagem com cerca de 3,6% do distrito. O bairro Cruz das Almas, no outro extremo (27%), teve 857 dos 3172 nascidos vivos do distrito no período de 2012 a 2016. As localidades que também se destacam nesse quesito são Ipioca (23,2%), Jacarecica (15,9%) e Riacho Doce (14,8%). Nesse aspecto, a faixa etária materna deve ser considerada: 71,9% pertence ao intervalo de 20 a 39 anos, entretanto, 24,6% tem de 15 a 19 anos. Ainda é relevante o número de mães acima de 40 anos (2%) e abaixo dos 15 anos (1,5%).

No que se refere aos agravos de notificação compulsória, o Atendimento Antirrábico se destacou na região (31,64%), apresentando variação no número de notificações que aumentam e diminuem no decorrer dos anos. A Dengue, por outro lado, apesar de constituir 24,94% das notificações, tem a quantidade de casos cada vez menor a cada ano analisado. Outros agravos na região são os acidentes por animais peçonhentos (24,25%) e a violência doméstica, sexual e outras agressões (6,78%). Tuberculose (3,51%), Sífilis congênita (2,18%), Intoxicações (1,33%), Hanseníase (1,01%), Sífilis em gestante (1,01%) também apresentam número de casos constante na região. Além disso, apesar da baixa participação quanto à proporção, as seguintes enfermidades também foram notificadas recorrentemente no distrito: meningite (0,77%), leptospirose (0,28%), leishmaniose visceral (0,08%), hepatites virais (0,56%), febre tifóide (0,04%), doenças exantemáticas (0,2%), coqueluche (0,52%).

DISCUSSÃO

Tendo em vista aos inquéritos epidemiológicos do 8º DS, os altos índices de mortalidade, sobretudo em doenças cardiopulmonares e neoplasias, as quais juntas perfazem 49,4% das causas (Sim, 2017), condizem para um quadro de saúde deficiente ligado à desassistência aos idosos e ao tratamento dessas patologias correlatas ao avanço da idade. Assim como o Coeficiente de Mortalidade segundo sexo no 8º DS é alto, sobremaneira entre os homens, com estimativa: CM-Médio= 5,96% (SIM, 2017), a distribuição da mortalidade por faixa etária no 8º DS também é maior na linha dos 60 anos (51,14%).

Todavia, é evidente que os indicadores de mortalidade associam-se às condições de vida, e as desigualdades são mais pronunciadas ao considerar o bem-estar e as limitações nas atividades diárias. Segundo Costa *et al* (2015), isso é refletido pelo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), uma medida com valor mínimo 0 e máximo 1, constituída pela longevidade (IDHM-L), educação (IDHM-L) e renda (IDHM-R), que é utilizada no planejamento de políticas públicas municipais para melhorar a qualidade de vida da população adstrita. Dados governamentais de 2010 indicam que o IDHM dos bairros Ipioca (0,573), Jacarecica (0,573) e Guaxuma (0,573), classificados como baixo (0,500 a 0,599), são semelhantes aos IDHs de Gana (0,573), país africano, e Mianmar (0,524), país asiático, que ocupam, respectivamente, 138º e 150º no ranking mundial de 187 países. Em comparação, o IDHM dos bairros Ponta Verde (0,956), Pajuçara (0,939) e Jatiúca (0,939), contidos no 1º Distrito Sanitário, possuem valores classificados como muito alto (0,800 a 1,0), e são equiparáveis ao IDH da Noruega (0,944), o melhor dos 187 países, e da Austrália (0,933).

Outro ponto relevante é a violência incidente em Alagoas e no 8ºDS, uma vez que violência doméstica, sexual e outras agressões somam 6,78% dos agravos de notificados compulsoriamente, e apresentou crescimento de 4 vezes dentro do período investigado. Essa problemática impacta não só o sistema de saúde, mas também a justiça e os serviços sociais. Nesse contexto, Malta *et al* (2017) verificou que as mais elevadas taxas de homicídio do Brasil, durante o período de 1990 a 2015, foram em Alagoas (54,1/100 mil hab.). Assim,

a violência é um problema geral tanto do estado, quanto dos municípios e de seus distritos, dentre eles, o 8º DS.

Subsequentemente, a análise do distrito traz considerável mortalidade para menores de um ano, 4,25% (SIM, 2017). Esse número pode ser justificado pela presença de fatores de risco tanto no perfil das gestantes como também no contexto sócio espacial que essas estão inseridas. Algumas condições aumentam o risco de mortalidade neonatal e podem ser exemplificadas por: ausência de acompanhante por parte da gestante, pré-natal inadequado ou ausente, presença de complicações durante a gravidez, malformação congênita. Ainda é relevante o número de mães que tem de 15 a 19 anos (24,6%) e abaixo dos 15 anos (1,5%). Nesse contexto, entende-se que a faixa etária citada, apesar de não apresentar o maior risco de mortalidade neonatal, é a que apresenta o maior número de fatores de risco associados (Velooso et al, 2019).

Entre as afecções congênicas resultantes de infecções sexualmente transmissíveis, a sífilis congênita constitui 2,18% dos agravos de notificação compulsória confirmados no 8ºDS (SINASC, 2017). Essa patologia pode cursar com fatores como gravidez indesejada, desapoio familiar e do parceiro e vulnerabilidade, que acabam por manter a cadeia de transmissão das doenças (Cavalcante et al, 2019).

A raiva perpetua-se como problema de saúde pública por sua letalidade, ainda que a profilaxia envolva apenas lavagem local com soro e vacinação (Cavalcante et al, 2019). Por possuir percentual considerável sob as notificações compulsórias no 8º DS (31,64%), o atendimento antirrábico é questão tanto nacional como distrital, e depende de ações de vigilância epidemiológica e de condutas terapêuticas adequadas.

A dengue, por sua vez, uma doença infecciosa febril aguda, classificada pela OMS como problema de saúde pública mundial, que corresponde a 24,94% do total de notificações compulsórias no 8ºDS (SINAN, 2017). Esse achado sugere a necessidade de ações para o controle da doença, incluindo não apenas a reestruturação da vigilância epidemiológica e revisão de políticas, mas sobretudo a integração das ações de saúde (Bohm et al, 2016).

Segundo Censo do IBGE sobre Indicadores Sociais Municipais de 2010, apenas 38,1% dos domicílios de Maceió possuem tipo de saneamento básico adequado, que é fundamental para melhoria da qualidade de vida dessa população, principalmente no quesito saúde. Nesse contexto, entende-se que as condições apresentadas a nível municipal contribuem de forma direta para o desenvolvimento de doenças infecciosas e parasitárias, ainda muito prevalentes na região, e responsáveis por 4,5% da mortalidade no 8º DS.

CONCLUSÃO

Em suma, é necessário desenvolver ações sistêmica-integradas que permitam amparo, aliado às medidas redutoras das disparidades sociais envolvidas na manutenção da dinâmica de transmissão das doenças. Portanto, os bairros do 8º DS, carecem de vigilância epidemiológica, em nível estadual-municipal, para coordenar ações às emergências epidêmicas.

Além disso, há a necessidade de ampliar estratégias locais de cunho assistencial bem como políticas preventivas que visam comportamentos saudáveis, visto que somente a implementação dessas estratégias conseguiriam reduzir drasticamente a incidência das patologias reincidentes na localidade, entre outras doenças intimamente ligadas ao acesso à informação de prevenção.

REFERÊNCIAS

1. BARRETO, Maurício L.. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 1, n. 2, p. 123-125, Aug. 1998 .
2. BONITA, R *et al.* BASIC Epidemiology. 2. ed. São Paulo: **World Health Organization**, 2006.p.1-230.
3. BOHM, Andrea Wendt *et al.* Dengue incidence trend in Brazil, 2002-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 25, n. 4, p. 725-733, Dec. 2016 .
4. CAVALCANTE, K. *et al.* Profilaxia da raiva humana pós-exposição: padrões espaciais de procedimentos inadequados no Ceará - Brasil, 2007 a 2015. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** , Uberaba, v. 53, e20190247, 2020.
5. COSTA, A. *et al.* Análise Espacial da Evolução do IDHM do Município de Maceió. **3º GeoAlagoas: Simpósio sobre as geotecnologias e geoinformação no Estado de Alagoas**.

6. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. **Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade**: banco de dados. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>. Acesso em: maio de 2017.
7. DIETRICH A, COLET CF, Winkelmann ER, *et al.* Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus. **Rev Fund Care Online**. 2019. out./dez.; 11(5):1266-1271.
8. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE,2020.
9. MARTINS-MELO, F. *et al.* “The burden of Neglected Tropical Diseases in Brazil, 1990-2016: A subnational analysis from the Global Burden of Disease Study 2016.” **PLoS neglected tropical diseases** vol. 12,6 e0006559. 4 Jun. 2018.
10. MÉLO, K. *et al.* “Syphilis among pregnant women in Northeast Brazil from 2008 to 2015: a trend analysis according to sociodemographic and clinical characteristics.” **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** vol. 53 e20190199. 16 Mar. 2020.
11. MALTA, D. *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 20, supl. 1, p. 142-156, May 2017.
12. SILVA, I. *et al.* Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, e000100017, 2018 .
13. VELOSO, F. *et al.* “Analysis of neonatal mortality risk factors in Brazil: a systematic review and meta-analysis of observational studies.” **Jornal de pediatria** vol. 95,5 (2019): 519-530.