

**ANÁLISE DO PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DA
POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA (BA)**

Hassyla Maria de Carvalho Bezerra^a

<https://orcid.org/0000-0003-1673-9259>

Michelle Christini Araújo Vieira^b

<http://orcid.org/0000-0001-7771-5387>

Margaret Olinda Lira^c

<https://orcid.org/0000-0003-0309-8499>

Claudeli Mistura^d

<https://orcid.org/0000-0002-4445-7825>

Jonatan Willian Sobral Barros da Silva^e

<https://orcid.org/0000-0002-5640-8481>

Bruna Stamm^f

<https://orcid.org/0000-0003-4858-7712>

Resumo

O conhecimento do perfil populacional, com suas características demográficas, sociais, econômicas e epidemiológicas, é importante para elaboração e avaliação da efetividade de políticas públicas, auxiliando também no planejamento, dimensionamento das demandas por serviços e destinação de recursos financeiros. Dessa forma, este estudo teve como objetivo analisar o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população do município de Feira de Santana (BA). Trata-se de um estudo ecológico que

^a Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil. E-mail: hassyla@gmail.com

^b Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: michelle.christini@univasf.edu.br

^c Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina, Pernambuco, Brasil. E-mail: margaret.olinda@univasf.edu.br

^d Enfermeira. Doutoranda em Ensino pela Universidade Vale do Taquari (Univates). Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: claumistura@gmail.com

^e Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública. Gestor da Atenção Ambulatorial da Secretaria de Saúde do Recife. Recife, Pernambuco, Brasil. E-mail: jonatanwillian22@hotmail.com

^f Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente da Universidade Federal do Pampa. Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: brunastamm@unipampa.edu.br

Endereço para correspondência: Rua João Frago de Medeiros, n. 4465, Candeias. Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco, Brasil. CEP: 54430-250. E-mail: hassyla@gmail.com

utilizou dados secundários de domínio público, referentes ao período de janeiro de 2000 a dezembro de 2019. As análises dos dados foram descritivas, mediante cálculo dos indicadores, distribuição de frequências e percentuais, com organização dos resultados em tabelas e gráficos, comparando-os com a literatura específica. Os resultados apresentaram que a cobertura de esgotamento sanitário foi inferior a 50% dos domicílios. Do total de estabelecimentos de saúde existentes, 71% eram da rede privada. A principal causa de morbidade foram as doenças do aparelho digestivo. As causas mal definidas constituíram a principal causa de mortalidade. Destaca-se a importância da qualificação e responsabilização das equipes de saúde para a relevância da notificação e preenchimento de informações referentes à construção dos indicadores de saúde, que devem representar a realidade do município, intensificando, assim, as ações de vigilância em saúde.

Palavras-chave: População. Perfil de saúde. Morbidade. Mortalidade.

ANALYSIS OF THE SOCIOECONOMIC, DEMOGRAPHIC AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF THE POPULATION OF FEIRA DE SANTANA, BAHIA

Abstract

Knowledge of the population profile, covering its demographic, social, economic, and epidemiological characteristics, is crucial for elaborating and evaluating the effectiveness of public policies, and in planning and sizing demands for services and allocation of financial resources. As such, this ecological study analyzes the socioeconomic, demographic and epidemiological profile of the population of Feira de Santana, Bahia, Brazil. The public domain secondary data collected from January 2000 to December 2019 underwent descriptive analysis, by calculating indicators, frequencies and percentage distributions. Results were organized in tables and charts and later compared with the specific literature. The findings showed that less than 50% of the households have sanitary sewage. Of the total number of healthcare facilities, 71% were private. Main cause of morbidity were digestive tract diseases. Poorly defined causes were the leading cause of mortality. In conclusion, health teams must be qualified and sensitize to the relevance of notifying and filling in information related to the construction of health indicators, which should represent the reality of the municipality, thus improving health surveillance actions.

Keywords: Population. Health profile. Morbidity. Mortality.

ANÁLISIS DEL PERFIL SOCIOECONÓMICO, DEMOGRÁFICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE FERIA DE SANTANA, BA, BRASIL

Resumen

El conocimiento del perfil de la población, con sus características demográficas, sociales, económicas y epidemiológicas es importante para el desarrollo y la evaluación de la efectividad de políticas públicas, asistiendo también en la planificación, dimensionamiento de las demandas de servicios y la asignación de recursos financieros. Así, este estudio tuvo como objetivo analizar el perfil económico, demográfico, epidemiológico de la población de la ciudad de Feria de Santana, en Bahía, Brasil. Se Trata de un estudio ecológico, que utilizó datos secundarios de dominio público, referente al período de enero de 2000 a diciembre de 2019. El análisis de los datos fue descriptivo mediante el cálculo de los indicadores, de distribución de la frecuencia y el porcentaje, con la organización de los resultados en tablas y gráficos, comparándolos con la literatura específica. Los resultados mostraron que la cobertura de aguas residuales era inferior al 50% de los hogares. De todos los establecimientos de salud existentes, el 71% eran de la red privada. La principal causa de morbilidad fue las enfermedades del sistema digestivo. Las causas mal definidas fueron la principal causa de mortalidad. Se destaca la importancia de calificar a los equipos de salud para que sean conscientes de la importancia de la notificación y la presentación de información relativa a la construcción de los indicadores de salud, que deben representar la realidad de la ciudad, mejorando así las acciones de vigilancia sanitaria.

Palabras clave: Población. Perfil de salud. Morbilidad. Mortalidad.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica e epidemiológica das últimas décadas vem modificando o perfil da população brasileira, caracterizado pela redução das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, diminuição das doenças infecciosas e parasitárias, aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento populacional. Essa mudança também tem contribuído para o desenvolvimento das doenças crônicas, condição que desperta para a priorização das necessidades de saúde do crescente número de pessoas idosas^{1,2}.

Tem sido notória a melhoria das condições de saúde da população, proporcionada pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual a saúde passou a ser direito de cidadania e dever do Estado, por meio de uma rede hierarquizada, regionalizada, com

descentralização em cada esfera de governo e participação social³. Com a implantação do SUS, diferentes Sistemas de Informação em Saúde (SIS) foram criados na perspectiva de facilitar o atendimento às demandas de saúde da população, sendo utilizados como ferramentas que transformam dados em informação para auxiliar o planejamento, a organização, a operação e a avaliação dos serviços de saúde, embasados nas necessidades de determinada população^{4,5}.

Nessa direção, os SIS revelam a demanda da população por meio de indicadores de saúde – sendo estas medidas-síntese – com informações relevantes que facilitam a quantificação e a avaliação das informações produzidas, subsidiando análises objetivas da situação sanitária, direcionando a tomada de decisão baseada em evidências e a elaboração de políticas públicas, programas e ações de saúde⁴.

A escolha de indicadores de saúde depende do objetivo a ser alcançado e do tipo de decisão que se pretende apoiar, de modo que os indicadores básicos de dada população incluem dados de mortalidade, morbidade, demográficos, socioeconômicos e ambientais. Isso possibilita avaliar o impacto sobre a situação de saúde, considerando as respostas produzidas pelo Sistema de Saúde e as geradas por setores como educação e saneamento básico^{4,6}.

Nesse sentido, conhecer o perfil populacional, com suas características demográficas, sociais, econômicas e epidemiológicas, é importante para o planejamento do desenvolvimento e dimensionamento das demandas por serviços, destinação de recursos financeiros, elaboração de políticas públicas e na avaliação da efetividade das ações de promoção, prevenção e assistência. Desta forma, os investimentos públicos serão realizados atendendo as necessidades de saúde da população^{5,7}. Assim, o presente estudo teve como objetivo, analisar o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico do município de Feira de Santana (BA).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo, em que se utilizaram dados secundários de domínio público do município de Feira de Santana (BA). Dados secundários são constituídos por informações previamente existentes, através das quais o pesquisador analisa estatísticas oficiais, não oficiais ou dados coletados por outro pesquisador⁸.

Foram utilizados dados disponíveis do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes ao período de janeiro de 2000 a dezembro de 2019. O período escolhido refere-se aos anos integralmente disponibilizados nas páginas eletrônicas do Datasus e IBGE.

O município de Feira de Santana (BA), situado a leste do estado da Bahia, com uma população de 614.872 habitantes, constitui um importante eixo rodoviário e centro regional de passagem de pessoas e transporte de produtos que interliga as regiões Norte e Nordeste às regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Sobressai-se, também, como centro econômico e comercial do estado da Bahia, que abastece um número representativo de cidades da microrregião, cujo produto interno bruto (PIB) equivale a R\$ 14.898.191 bilhões. Além disso, o grande rebanho bovino constitui outra atividade econômica relevante^{9,10}.

A coleta de dados incluiu as seguintes variáveis para o cálculo dos indicadores: população por sexo e faixa etária (proporção da população por sexo e faixa etária); abastecimento de água, coleta de lixo e esgotamento sanitário (proporção da população atendida por serviços de água, coleta de lixo e esgotamento sanitário); escolaridade (proporção de alfabetizados da população acima de 15 anos, taxa de analfabetismo); estabelecimentos de saúde (cobertura de serviços de saúde); Produto Interno Bruto (PIB); Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); renda média domiciliar per capita; Índice de Gine; nascidos vivos (coeficiente de natalidade geral); morbidade (coeficiente de morbidade específica por causas selecionadas) e mortalidade (coeficiente de mortalidade geral e por grupos de causas selecionadas).

A organização, tabulação e sumarização dos dados foram realizadas no Microsoft Excel 2010. As análises dos dados foram descritivas mediante cálculo dos indicadores (**Quadro 1**), distribuição de frequências e percentuais, com a utilização de duas casas decimais. A organização dos resultados foi realizada em tabelas e gráficos, comparando-os com a literatura específica.

Quadro 1 – Indicadores de saúde analisados. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2020

Indicador	Método de cálculo
Coeficiente de natalidade geral (CNG)	$\frac{\text{Número de nascidos vivos numa área do ano}}{\text{População da área ajustada para o meio do ano}} \times 1.000$
Coeficiente de mortalidade geral (CMG)	$\frac{\text{Total de óbitos registrados em certa área durante o ano}}{\text{População da área ajustada para o meio do ano}} \times 1.000$
Coeficiente de morbidade específica por causas selecionadas	$\frac{\text{Número de internamentos por determinada causa ocorridos na população numa determinada área do ano}}{\text{População da área ajustada para o meio do ano}} \times 100.000$
Coeficiente de mortalidade específica por causa por causas selecionadas	$\frac{\text{Número de óbitos por determinada causa ocorridos na população numa determinada área do ano}}{\text{População da área ajustada para o meio do ano}} \times 100.000$

Fonte: Rouquayrol e Almeida Filho⁸.

Quanto ao período do estudo utilizado (2000-2019), alguns dados dos indicadores não se referem ao período completo, por ainda não estarem disponíveis no Datasus e IBGE. Os dados, no item que retrata os estabelecimentos de saúde, corresponderam a partir de 2005, devido aos anos anteriores não estarem disponíveis.

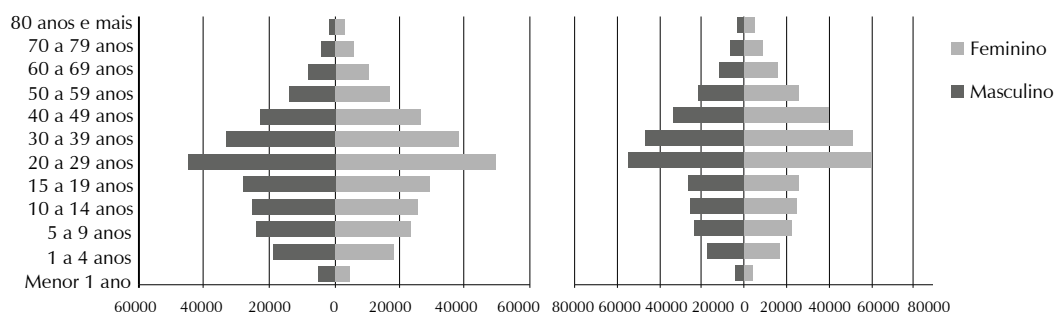
A pesquisa seguiu as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. Porém, por se tratar de um estudo com dados secundários de domínio público, não se julgou necessário a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Com uma população eminentemente urbana no ano 2000, dos 480.949 habitantes do município, 90% eram residentes na zona urbana e 10% na zona rural. 52 % eram mulheres e 48% homens. Em 2010, o número de habitantes elevou para 556.642, sendo 92% residentes na área urbana e 8% na área rural. Quanto ao sexo, 292.643 (53%) eram mulheres e 263.999 (47%) eram homens, de acordo com o último censo (2010). A população estimada para 2019 foi de 614.872 habitantes. O município teve um crescimento populacional de 28% no período.

Quanto à distribuição da população por sexo, o número de mulheres foi discretamente maior do que o de homens. Comparando as pirâmides etárias dos anos 2000 e 2010, percebe-se que houve uma diminuição populacional na sua base, seguida de um alargamento, representado pela diminuição do percentual de crianças e jovens e aumento do percentual de idosos e adultos (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 – Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2000 e 2010



Fonte: IBGE – Censos Demográficos.

O PIB do município passou de R\$ 1.702.498 bilhão em 2000, para R\$ 14.898.191 bilhões em 2019 – com um aumento considerável –, ou seja, houve um crescimento econômico significativo no período. Apresentou IDH 0,585 em 2000, passando para 0,712 em 2010¹⁵. A renda média domiciliar per capita foi de R\$ 407,25 em 2000 e 646,63 em 2010. O índice de Geni era 0,617 em 2000 e 0,600 em 2019⁹⁻¹³.

O percentual da população atendida por serviços de esgotamento sanitário no município foi inferior à população beneficiada por abastecimento de água e coleta de lixo. No entanto, houve um aumento gradativo no acesso ao esgotamento sanitário, passando de 27,9% em 2000 para 42,80% em 2015 (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Famílias cobertas com serviços de abastecimento de água, coleta de lixo e esgotamento sanitário. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2000, 2005, 2010, 2015

Ano	Água	%	Coleta de lixo	%	Esgotamento sanitário	%
2015	122780	82,6	126749	85,3	63519	42,8
2010	115416	82,1	119195	84,8	58044	41,3
2005	62543	72,6	65544	76,1	27661	32,1
2000	49840	71,6	49580	71,2	19397	27,9

Fonte: MS/Datasus-SIAB

Em 2000, a proporção de alfabetizados da população acima de 15 anos no município correspondeu a 87% (n = 290.751) e em 2010 foi de 91% (n = 384.003). Com taxa de analfabetismo de 13% (n = 42.377) em 2000 e 9% (n = 36.787) em 2010. A taxa de analfabetismo por sexo em 2010 foi de 8,64% na população masculina e 8,80% na feminina. Na população urbana, correspondeu a 7,44% e na rural a 23,70% em 2010^{10,12,13}.

Os estabelecimentos de saúde, no município, entre os anos de 2005 e 2019, tiveram um aumento de 224%. Os serviços privados cresceram 262%, enquanto os públicos 164%. A oferta de serviços na Atenção Primária de Saúde (APS) aumentou 60% (de 2005 a 2019), porém o percentual de cobertura da população por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi de 51%. Em 2019, enquanto os estabelecimentos públicos corresponderam a 29% do total, os privados corresponderam a 71%, o que mostra a prevalência de serviços privados (**Tabela 2**).

O coeficiente de natalidade do município de Feira de Santana (BA) em 2000 foi 21,53/1000 habitantes, com redução de 5,57 no período de 19 anos (15,96/1000 habitantes em 2019). Destaca-se, assim, uma importante diminuição, que ratifica o estreitamento da base da pirâmide etária em 2014, referida anteriormente¹¹.

Tabela 2 – Quantidade de serviços por tipo de estabelecimento e tipo de prestador.
Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2005, 2010, 2015 e 2019

Tipo de estabelecimento	2005		2010		2015		2019	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Academia da Saúde	0	0	0	0	1	0	1	0
Central de Regulação	0	0	1	0	1	0	2	0
Central de Regulação Médica das Urgências	0	0	1	0	1	0	1	0
Centro de Atenção Psicossocial – Caps	0	0	5	0	5	0	5	0
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	65	2	101	4	101	1	107	1
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1	0	1	0	1	0	1	0
Centro de Atenção Hematológico	0	0	0	0	0	0	1	0
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	16	84	14	196	14	254	13	177
Consultório	0	10	0	83	0	138	0	141
Cooperativa	0	3	0	4	0	7	0	7
Hospital Especializado	2	7	4	13	4	12	4	9
Hospital Geral	2	6	1	5	1	6	1	8
Hospital Dia	0	0	0	0	0	6	0	8
Policlínica	2	3	5	3	6	5	8	4
Pronto Atendimento	0	0	2	0	2	0	3	0
Pronto Socorro Geral	2	0	2	0	2	0	2	0
Posto de Saúde	5	0	4	0	1	0	0	0
Secretaria de Saúde	2	0	2	0	2	0	2	0
Serviço de Atenção Domiciliar Isolado (Home Care)	0	0	0	1	0	1	0	4
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia	1	40	1	54	1	60	1	45
Unidade de Vigilância em Saúde	1	0	1	0	1	0	3	0
Unidade Móvel de Nível Pré-Hospital-Urgência/Emergência	1	0	1	0	8	0	11	0
Unidade Móvel Terrestre	2	0	2	0	2	0	2	3
Total	102	155	148	363	154	490	168	407

Fonte: MS/Datasus – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil.

De 2000 a 2019, a principal causa de morbidade foram as doenças do aparelho digestivo. No ano 2000, as doenças do aparelho geniturinário constituíram as principais causas de morbidade (686.50/100.000 habitantes). Já 2019 apresentou as neoplasias como principais causas de adoecimento (543.37/100.000) (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Morbidade por capítulo CID-10. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2000, 2005, 2010, 2015 e 2019

Capítulo CID-10	2000	*CM	2005	*CM	2010	*CM	2015	*CM	2019	*CM	Total
Doenças do aparelho digestivo	2400	490,51	2056	389,67	2589	465,02	2439	394,96	2728	443,67	12212
Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas	826	168,82	1573	298,13	2314	415,62	2533	410,18	2726	443,34	9972
Neoplasias (tumores)	1016	207,65	1420	269,13	1596	286,66	2471	400,14	3341	543,37	9844
Doenças do aparelho circulatório	1563	319,44	1632	309,31	1869	335,69	1933	313,02	1848	300,55	8845
Doenças do aparelho respiratório	2428	496,23	1335	253,02	1685	302,65	1321	213,92	1443	234,68	8212
Doenças do aparelho geniturinário	3359	686,50	1355	256,81	1494	268,34	1209	195,78	1341	218,09	8758
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	968	197,84	744	141,01	953	171,17	1147	185,74	1372	223,14	5184
Algumas infecções originadas no período perinatal	440	89,93	372	70,50	475	85,32	670	108,50	741	120,51	2698
Achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	151	30,86	293	55,53	324	58,19	846	137,00	595	96,77	2209
Contatos com serviços de saúde	139	28,41	196	37,15	393	70,59	395	63,96	652	106,04	1715

Fonte: MS/Datasus-Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS)

*Coeficiente de morbidade específica por 1.000 habitantes

O Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) do município, em 2000, foi equivalente a 4.70/1000 habitantes. Observa-se que registrou uma elevação de 1.77 em 19 anos (6.47/1000 habitantes em 2019)¹¹. As Causas Mal Definidas (CMD) se configuraram como a principal causa de óbitos no município entre os anos de 2000 (33.11/100.000 habitantes) a 2019 (85.71/100.000 habitantes). Em segundo lugar em 2000 foi o infarto agudo do miocárdio (32.29/100.000 habitantes), e em 2019 foi agressão por arma de fogo (39.03/100.000 habitantes) (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Mortalidade por categoria CID-10. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2000, 2005, 2010, 2015 e 2019

Categoria CID-10	2000	*CM	2005	*CM	2010	*CM	2015	*CM	2019	*CM	Total
Outras causas mal definidas e não especificadas	162	33,11	349	66,15	101	18,14	718	116,27	527	85,71	1857
Acidente vascular cerebral	138	28,20	168	31,84	172	30,89	127	20,57	139	22,61	744
Agressão por disparo por arma de fogo de mão	48	9,81	32	6,06	258	46,34	136	22,02	240	39,03	714
Infarto agudo do miocárdio	158	32,29	111	21,04	175	31,43	109	17,65	131	21,31	684
Diabetes mellitus	113	23,09	65	12,32	162	29,10	163	26,40	138	22,44	641
Insuficiência cardíaca	133	27,18	98	18,57	78	14,01	52	8,42	69	11,22	430
Disparo de outra arma de fogo	15	3,07	20	3,79	109	19,58	98	15,87	153	24,88	395
Hipertensão essencial	27	5,52	37	7,01	83	14,91	85	13,76	152	24,72	384
Outros transtornos respiratórios	27	5,52	28	5,31	63	11,32	109	17,65	80	13,01	307
Pneumonia p/micro-organismo	34	6,95	48	9,10	69	12,39	80	12,95	73	11,87	304

Fonte: MS/Datasus- Mortalidade

*Coeficiente de mortalidade específica por 100.000 habitantes

DISCUSSÃO

A população, eminentemente urbana no município de Feira de Santana, está relacionada principalmente ao processo de industrialização que teve grande expansão nos anos de 1970 e motivou o fluxo migratório da área rural para a área urbana^{9,10}. As modificações na pirâmide populacional, no período demonstrado – caracterizada pelo estreitamento da base, representado pela diminuição do percentual de jovens e aumento do percentual de idosos e adultos –, ocorreram devido ao aumento da expectativa de vida e diminuição da natalidade, nas últimas décadas^{1,2}.

Analisar a dinâmica demográfica tem sua importância para a revelação do impacto de elementos econômicos, sociopolíticos, culturais, ambientais e novas necessidades em saúde. Dessa maneira, compreender as tendências de distribuição da população é essencial para o planejamento, delineamento e elaboração de políticas públicas, assim evidenciando a necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder às demandas apresentadas^{2,14}.

As análises de pirâmides populacionais são importantes para entender em que estágio de transição demográfica se encontra determinado país, a fim de que as ações de saúde estejam de acordo com a realidade local. Quando a base da pirâmide populacional é larga e o ápice estreito, demonstra uma população bastante jovem. À medida que a taxa de natalidade

diminui, a base da pirâmide vai se estreitando, com tendência a forma retangular, passando a caracterizar uma população envelhecida^{2,14}.

O estudo também revelou um elevado grau de desigualdade de renda, já que o índice de Gine apresenta dados entre zero e um, onde zero corresponde a uma completa igualdade na renda e um corresponde a uma completa desigualdade, ficando o município mais próximo de um. Assim, o notável crescimento do PIB e do IDH não evitou a desigualdade social demonstrada por esse indicador, assim como a baixa renda per capita apresentada^{6,15,16}.

Quanto ao acesso aos serviços de saneamento básico, o Plano Nacional de Saneamento Básico¹⁷ estabeleceu metas para os anos de 2010, 2018, 2023 e 2033, para o percentual de domicílios totais abastecidos por água; percentual de domicílios totais servidos por esgotamento sanitário e percentual de domicílios urbanos atendidos por coleta de lixo. As metas alcançadas pelo município em 2015 foram, respectivamente: 82,6%, 42,8% e 85,3%, tendo atingido percentuais abaixo das metas estabelecidas para municípios da região nordeste no que tange abastecimento de água e esgotamento sanitário. Contudo, esteve dentro da meta estabelecida para coleta de lixo (85,3%).

Ressalta-se a importância do saneamento básico na prevenção de doenças infecto-parasitárias, as quais expõem os indivíduos a um processo de agravamento das condições de saúde. Conforme a Lei nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS. O saneamento básico está entre os fatores determinantes e condicionantes da saúde, com importância para a melhoria das condições de saúde da população¹⁸⁻²⁰.

Quanto à escolaridade, o município foi o segundo do estado com maior número de pessoas alfabetizadas e o 14º do Brasil em 2010. A taxa de analfabetismo ficou abaixo da média nacional de 9,4%, no respectivo ano. O Plano Nacional de Educação (PNE), de 2014 a 2024²¹, determina diretrizes, metas e estratégias para a política educacional dos próximos dez anos, entre as quais: elevar a taxa de alfabetização da população acima de 15 anos para 93,5%, erradicação do analfabetismo absoluto até o final da vigência deste PNE, com redução da taxa de analfabetismo funcional em 50%.

Evidencia-se a necessidade de ampliação das coberturas de serviços públicos, principalmente da APS, cuja meta de cobertura populacional de 75%, estabelecida pelo Ministério da Saúde, não foi atingida pelo município, apresentando níveis inferiores. Quanto ao nível terciário de saúde, o município possui apenas um hospital, que devido ao crescimento populacional apresentado, não consegue suprir as necessidades da população, tornando-se necessário o convênio ou contratos com os serviços privados, sendo que muitas vezes há um gasto maior de recursos, quando comparado a serviços próprios e/ou públicos^{22,23}.

A participação complementar da iniciativa privada no SUS, mediante contrato ou convênio, é permitida por lei quando a rede própria de serviços públicos for insuficiente. Entretanto, nos serviços de média e alta complexidade, e na produção de serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento, o setor privado mostrou-se predominante, o que pode comprometer a assistência à saúde, já que o sistema privado possui valores e interesses contrários aos princípios do SUS, o que contrapõe a lógica de saúde como direito de cidadania²³⁻²⁵.

O município teve um número expressivo de internações em serviços da rede pública de saúde por causa externa que, tanto pode estar associado a circunstâncias econômicas e sociais, como também à redução de ocorrências em outras modalidades de causas externas. A taxa de mortalidade por causas externas, especificamente por agressão ou arma, em 2019 foi elevada, o que representa um desafio para as áreas de saúde e segurança pública. A violência se insere no contexto das relações sociais e seu estudo é essencial para o planejamento de ações no SUS, além do impacto financeiro e social que geram decorrente dos óbitos ou tratamento de vítimas^{6,26}.

Devido à principal causa de óbitos, constada no capítulo CID-10, ter sido por causas mal definidas, fica demonstrado que na causa básica dos óbitos contém apenas a descrição de sintomas e sinais de doenças. A ocorrência desses óbitos indica falhas de acesso aos serviços de saúde e reflete a qualidade da assistência prestada à população. Isto sugere deficiências e incompletudes no preenchimento das declarações de óbitos e nos processos de crítica e análise dos dados de mortalidade. Estas imprecisões constituem os principais fatores de limitação para uma análise adequada da mortalidade e elaboração de políticas e programas de saúde^{6,27}.

Destaca-se, ainda, a frequência significativa de óbitos por infarto agudo de miocárdio, complicações da diabetes mellitus e acidente vascular cerebral. Compreende-se que a melhoria das condições de vida, com o aumento gradual da expectativa de vida, contribuiu para a transição epidemiológica, em que as doenças cardiovasculares e neoplasias malignas se sobressaíram às doenças infecto-parasitárias, tornando-se as principais causas de morte da população^{6,1,2}.

As limitações deste estudo referem-se a não ter o período completo (2000 a 2019) em alguns dados analisados no Datasus e IBGE, a fim de obter uma comparação mais completa. Assim como ainda não estão disponíveis os dados para construção dos indicadores dos últimos dois anos (2020 e 2021), que com o contexto pandêmico da covid-19 seria de grande contribuição incluir no presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do perfil do município permitiu compreender que o crescente desenvolvimento urbano e populacional demanda a necessidade de amplo planejamento urbano para o acesso a serviços, sobretudo de itens basilares, como saneamento básico, coleta de lixo, esgotamento sanitário, educação e saúde. Apesar de o município se encontrar em crescente desenvolvimento econômico, o acesso aos bens e serviços não corresponde às necessidades da população.

Especificamente a oferta de serviços públicos de saúde, que estava inferior à demanda populacional, aponta-se a necessidade de maior investimento, principalmente na ampliação da cobertura da APS, para que assim possa ocorrer a intensificação das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças, contribuindo para a melhoria dos indicadores apresentados.

Ressalta-se a importância da qualificação das equipes de saúde e sua corresponsabilização na notificação e preenchimento de informações referentes à construção dos indicadores de morbimortalidade, e a busca na melhoria das ações de vigilância em saúde. Destarte, sugere-se a implantação da vigilância do óbito para o fomento de espaços de investigação e discussão de óbitos por causas mal definidas e redirecionamento da rede.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Hassyla Maria de Carvalho Bezerra e Michelle Christini Araújo Vieira.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Hassyla Maria de Carvalho Bezerra, Michelle Christini Araújo Vieira, Margaret Olinda Lira, Claudelí Mistura, Jonatan Willian Sobral Barros da Silva e Bruna Stamm.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Hassyla Maria de Carvalho Bezerra, Michelle Christini Araújo Vieira, Margaret Olinda Lira, Claudelí Mistura, Jonatan Willian Sobral Barros da Silva e Bruna Stamm.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Hassyla Maria de Carvalho Bezerra, Michelle Christini Araújo Vieira, Margaret Olinda Lira, Claudelí Mistura, Jonatan Willian Sobral Barros da Silva e Bruna Stamm.

REFERÊNCIAS

1. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. Epidemiol Serv Saúde. 2012;21(4):529-32.

2. Mendes ADCCG, de Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. The public healthcare system in the context of Brazil's demographic transition: current and future demands. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(5):955-64.
3. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(1):273-80.
4. Lima AC, Januário MC, Lima PT, de Moura e Silva W. Datasus: o uso dos Sistemas de Informação na Saúde Pública. *Refas*. 2015;1(3):16-31.
5. Marques LP, Corrêa T, Cartana MdHF. Utilização dos sistemas de informação na atenção primária à saúde: um estudo de caso. *Rev Elect Invest y Docencia*. 2015;(14):81-102.
6. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2a ed. Brasília(DF): Organizacao Pan-Americana de Saúde; 2008.
7. Lyra MRSB, Souza MAA, Bitoun J. Demografia e Saúde: Perfil da População. In: RECIFE, editor. Desenvolvimento Humano no Recife: atlas municipal. Recife (PE): Prefeitura de Recife; 2005.
8. Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N. Epidemiologia & Saúde. 6a ed. Rio de Janeiro (RJ): MEDSI; 2003.
9. Diretoria de Pesquisas Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais [Internet]. 2017 [citado em 2016 jul 16]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291080>
10. Feira de Santana. Secretaria Municipal de Educação. Plano municipal de educação. Feira de Santana (BA): Secretaria Municipal de Educação; 2021.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus – Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde [Internet]. 2016 [citado em 2016 jul 9]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. 2022 [citado em 2016 jul 30]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=t&c=202>
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000 [Internet]. 2020 [citado em 2022 jun 13]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/pt/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=783>
14. Miquilin IOC, Marín-León L, Luz VG, La-Rotta EIG, Corrêa Filho HR. Demographic, socioeconomic, and health profile of working and non-working Brazilian children and adolescents: an analysis of inequalities. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(9):1856-70.

15. Fernandes RB, Lima JB, Nascimento VS. Feira de Santana – Bahia: o desenvolvimento da Princesa do Sertão. In: Anais do IV Seminário Internacional Sobre Desenvolvimento Regional; 2008; Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. Santa Cruz do Sul (RS): Unisc; 2008. p. 1-27.
16. DEEPASK. Indicadores Municipais Feira de Santana 2015 [Internet]. 2016 [citado em 2016 jul 1]. Disponível em: www.deepask.com.
17. Brasil. Ministério das Cidades, Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Plano Nacional de Saneamento Básico – mais saúde com qualidade de vida e cidadania. Brasília (DF); 2013.
18. Pedraza DF. Crescimento linear das crianças brasileiras: reflexões no contexto da equidade social. Rev Nutr. 2016;29(2):287-96.
19. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 1990.
20. Brasil. Lei n. 9.433, de 8 de janeiro de 1997. Institui a Política Nacional de Recursos Hídricos, cria o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos, regulamenta o Inciso XIX do art. 21 da Constituição Federal, e altera o art. 1º da Lei nº 8.001, de 13 de março de 1990, que modificou a Lei nº 7.990, de 28 de dezembro de 1989. Brasília (DF); 1997.
21. Brasil. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Plano Nacional de Educação PNE 2014-2024: linha de base. Brasília (DF): Inep; 2015.
22. Martins ACP, Assis MMA. Serviços de saúde (públicos e privados) de Feira de Santana-BA. Feira de Santana (BA): UEFS; 2002.
23. Santos GM, de Souza e Silva SAL. Relação público-privado na saúde: o pagamento de serviços de diagnóstico por imagem em rede própria e no setor privado complementar ao SUS em Salvador/BA. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2015.
24. Menicucci TMG. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: Santos NR, Amarante PDC, organizadores. Gestão pública e relação público-privado na saúde. Rio de Janeiro (RJ): Cebes; 2011. p. 180-97.
25. Dilélio AS, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FCV, Piccini RX, et al. Padrões de utilização de atendimento médico-ambulatorial no Brasil entre usuários do Sistema Único de Saúde, da saúde suplementar e de serviços privados. Cad Saúde Pública. 2014;30(12):2594-606.

26. Maciel PR, Souza MR, Rosso CFW. Estudo descritivo do perfil das vítimas com ferimentos por projéteis de arma de fogo e dos custos assistenciais em um hospital da Rede Viva Sentinela. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(3):607-16.
27. Cunha CC, Teixeira R, França E. Avaliação da investigação de óbitos por causas mal definidas no Brasil em 2010. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(1):19-30.

Recebido: 22.3.2018. Aprovado: 24.5.2022.