

Determinantes Socioambientais e Saúde: o Brasil Rural *versus* o Brasil Urbano.

Social Environmental Eeterminants and Health: Rural Brazil versus Brazil Urban.

Determinantes Socioambientales y Salud: Brasil Rural versus Brasil Urbano.

Rackynelly Alves Sarmiento SOARES¹

Ronei Marcos de MORAES²

Rodrigo Pinheiro de Toledo VIANNA³

Vanira Matos PESSOA⁴

Fernando Ferreira CARNEIRO⁵

RESUMO: A população rural vive em condições de desigualdade socioeconômica, motivadas por vários problemas entre eles a insuficiência de sistemas de esgoto e abastecimento de água. Por vezes os maiores responsáveis pelo surgimento de doenças de veiculação hídrica, que contribuem para a elevação da mortalidade infantil além de outros problemas. As áreas rurais do Brasil são definidas por oposição e exclusão às áreas urbanas. Essa definição é arbitrária e físico-geográfica, não considerando os processos sociais e econômicos que envolvem os territórios. Esse estudo objetivou verificar por meio de aspectos sociodemográficos, saneamento ambiental e principais agravos/doenças de importância para saúde pública da população do campo da floresta e das águas se os municípios mais rurais (MMR) são mais precários que os mais urbanos (MMU). Para tanto realizou-se um estudo descritivo baseado em fontes secundárias (Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, censos do IBGE, PNAD e do Sinan). Entre os resultados tem-se que a população rural identificada pelo IBGE resume-se a 15,6% da população do Brasil. Em 29% dos municípios a população residente em área rural supera o urbano. As maiores frequências de IDMH muito baixo estão para os MMR, enquanto as maiores frequências de IDMH muito alto e alto estão para os MMU. Na área da saúde os MMR também apresentam deficiência. Observou-se altas taxas de incidência doenças relacionadas às condições deficitárias de saneamento básico. A partir destes resultados identificou-se um perfil de saúde mais precário nos MMR quando comparadas aos MMU.

Palavras Chaves: População rural; Fatores Socioeconômicos; Epidemiologia; Saúde Coletiva.

1 Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: rackynelly@unb.br.

2 Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: ronei@de.ufpb.br.

3 Departamento de Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil. E-mail: vianna@ccs.ufpb.br.

4 Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Ceará. E-mail: vanirapessoa@gmail.com.

5 Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Ceará. E-mail: fernando.carneiro@fiocruz.br.

ABSTRACT: The rural population lives in socioeconomic inequality conditions motivated by several problems, including an insufficient sewage systems and water supply, these, sometimes, most responsible by the appearance of waterborne diseases that contribute to the rise of child mortality and other problems. Rural areas in Brazil are defined by opposition and exclusion in urban areas. This definition is arbitrary and physical-geographic, not considering the social and economic processes involving the territories. This study purposed to verify, by means of sociodemographic aspects, environmental sanitation and main grievances/diseases importance for public health of the population from forest field and water, if the most rural municipalities (MMR) are more precarious than the more urban (MMU). To this end, was carried out a descriptive study based on secondary sources (Atlas of Human Development in Brazil, IBGE census, PNAD and Sinan). Among the results, it follows that the rural population identified by IBGE boils down to 15.6% of Brazil's population. In 29% of the municipalities, the population living in rural areas exceeds the city. The higher frequencies from IDMH very low are for MMR, while the higher frequency from IDMH very high and high are for MMU. In health, the MMR also exhibit deficiency. It was observed high incidence rates of diseases related to poor conditions of sanitation. From these results, it was identified a more precarious health profile in MMR when compared to MMU.

KeyWords: Rural population; Socioeconomic factors; epidemiology; Public Health

RESÚMEN: La población rural vive en condiciones de desigualdad económica, provocadas por varios problemas, entre ellos la insuficiencia de sistemas de alcantarillado y de suministro de agua. Éste es, a menudo, el factor principal en la aparición de enfermedades de origen hídrico, que influyen en el aumento de la mortalidad infantil, causando también otros problemas. Las áreas rurales de Brasil se definen en oposición y por exclusión de las áreas urbanas. Esta es una definición arbitraria y físico-geográfica, que no lleva en consideración los procesos sociales y económicos que tienen lugar en esos territorios. Este estudio tuvo por objetivo averiguar hasta qué punto los municipios rurales (MMR) son más precarios que los urbanos (MMU), teniendo en cuenta los aspectos sociodemográficos, saneamiento ambiental y los principales agravios/enfermedades importantes para la salud pública de la población del campo, de las selvas y de las aguas. Para ello, se ha realizado un estudio descriptivo basado en fuentes secundarias (Atlas del Desarrollo Humano en Brasil, censos de IBGE, PNAD y Sinan). Entre los resultados, destacamos que la población rural identificada por IBGE se limita a 15,6% de la población de Brasil. En 29% de los municipios, la población que reside en el área rural supera la del área urbana. Las mayores frecuencias de IDMH muy bajo están en MMR, mientras que las mayores frecuencias de IDMH muy alto y alto están en MMU. En salud, los MMR también concentran peores índices, sobretodo altas tasas de incidencia de enfermedades relacionadas con las condiciones insuficientes del saneamiento básico. Estos resultados nos permiten identificar un perfil de salud más precario en los MMR que en los MMU.

Palabras clave: Población rural; Factores Socioeconómicos; Epidemiología; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A população rural vive em condições de desigualdade socioeconômica, motivadas por vários problemas entre eles a insuficiência de sistemas de esgoto e abastecimento de água¹. Por vezes os maiores responsáveis pelo surgimento de doenças de veiculação hídrica, que contribuem para a elevação da mortalidade infantil além de outros problemas². Além disso, vivem diante de severas restrições no acesso à tecnologia e infraestrutura¹.

As áreas rurais do Brasil são definidas por oposição e exclusão às áreas urbanas. Essa definição é arbitrária e físico-geográfica, não considerando os processos sociais e econômicos que envolvem os territórios³. Estudos realizados³ a partir de uma reconceituação do rural no Brasil fez com que essa população representasse 26% da população brasileira³. Para esse estudo, iremos utilizar as definições do IBGE, mas ressaltando que o conceito de rural oficial subvaloriza essa população³.

A população rural denominada de população do Campo, da Floresta e das águas é definida na Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 como sendo:

povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo...².

Estas populações há muito carecem do olhar das políticas públicas, em especial do sistema único de saúde brasileiro devido às desfavoráveis condições de saúde (iniquidades em saúde)². Apresentam, sobretudo, a necessidade de superação do modelo de desenvolvimento agrícola hegemônico na busca de relações homem–natureza responsáveis e promotoras da saúde e a extensão de ações e serviços de saúde que atendam as populações, respeitando suas especificidades.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das águas (PNSIPCF) publicada em dezembro de 2011 representa o compromisso firmado entre o Estado brasileiro com a saúde dessas populações, objetiva garantir o direito e o acesso à saúde pautado nos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS): equidade, universalidade e integralidade². Possui caráter transversal na agenda de políticas de saúde de responsabilidade de diferentes áreas do Ministério da Saúde e como política intersetorial que orienta a relação do Ministério da Saúde com outros setores do Governo Federal, tendo o Ministério da Saúde como matriz para a integralidade das ações e o Grupo da Terra⁶ como condutor do processo.

Os resultados dos diversos estudos sobre as condições de saúde desses grupos evidenciam um perfil mais precário quando comparadas às da população urbana, de uma maneira em geral, pois se o recorte for para as periferias urbanas pode haver variações sobre as condições de vida. No campo,

⁶ Instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº. 2.460 de 12 de dezembro de 2005 e atualizado pela Portaria nº. 3.257 de 22 de dezembro de 2009 é composto por representantes de órgãos e entidades públicas e da sociedade civil organizada.

ainda existem importantes limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como uma situação deficiente de saneamento ambiental as quais repercutem na saúde das populações ali residentes.

Diante disso, o objetivo deste estudo consiste em verificar através de aspectos sociodemográficos de saneamento ambiental e de principais agravos/doenças de importância para saúde pública da população do campo da floresta e das águas se os municípios mais rurais apresentam-se mais precários que os mais urbanos.

METODOLOGIA

O Estudo caracteriza-se por uma abordagem quantitativa, de caráter exploratório descritivo, com delineamento transversal. A população do estudo, consistiu daquela já descrita como sendo a população do campo, floresta e águas, ou de maneira simplista: residentes em áreas rurais.

Os municípios aqui denominados mais rurais (MMR) são aqueles cuja população residente em área rural é maior ou igual a 50%. O inverso, menor que 50%, denominou-se municípios mais urbanos (MMU). Para isso considerou-se os dados do último censo realizado pelo IBGE em 2010.

Nos contextos sociodemográficos e de saneamento ambiental, as bases de dados utilizadas foram dos censos realizados pelo IBGE e a base do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, no nível de municípios. No contexto da saúde, a base de dados utilizada foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) – período de 2009 a 2011 disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

Foram calculadas taxas de incidências para os agravos do Sinan no ano de 2010 e letalidade (2009-2011). Quanto às variáveis oriundas da base do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil, aplicou-se o teste t de *student*⁴ adotando-se o nível de confiança de 95% de modo que as diferenças de médias foram consideradas estatisticamente significativas quando p-valor foi $\leq 0,05$. Também utilizou-se do teste qui-quadrado⁴ a fim de verificar se as proporções observadas entre os sexos por unidade federativa apresentavam diferenças significativas, momento em que adotou-se nível de confiança de 95% de modo que foram consideradas estatisticamente significativas as diferenças cujo p-valor foi $< 0,05$. Realizou-se a análise estatística descritiva, para tanto, os dados foram importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

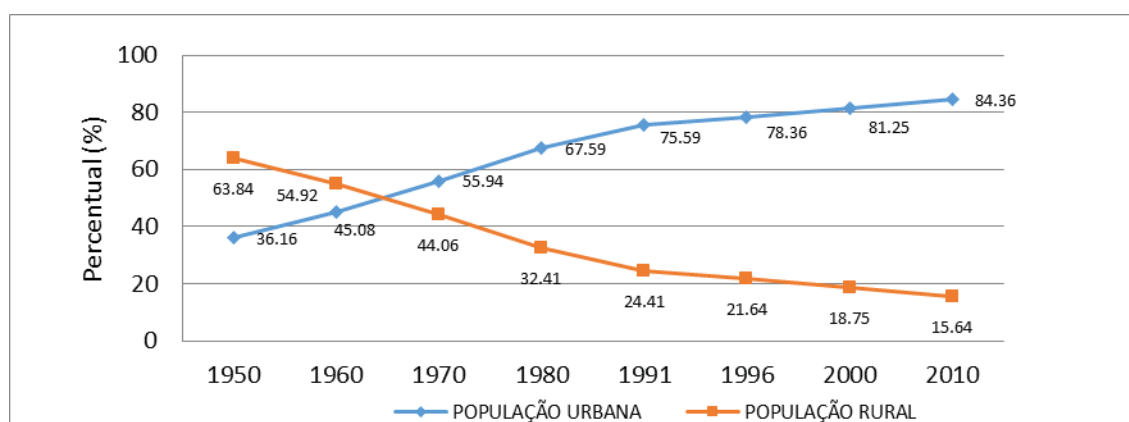
Para a consulta espacial⁵, foi utilizada a base cartográfica disponibilizada pelo IBGE em nível de município considerando a tabela de dados dos residentes por situação de domicílio segundo o censo de 2010. Em seguida realizou-se a consulta espacial a fim de localizar os municípios com população rural maior que 50%. Esse tipo de consulta “filtra os objetos que não satisfazem a uma certa condição imposta pelo usuário”⁵. Essa etapa do estudo foi feita utilizando-se do ArcGis 9.2.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Indicadores Demográficos da população do campo da floresta e das águas

De acordo com os dados do Censo demográfico de 2010, o Brasil tinha 190.755.799 habitantes dos quais 15,6% é referente à população residente em domicílios rurais. A menor população rural encontra-se na região centro-oeste e a maior na região nordeste. Em 1960 a população rural era superior que a urbana (54,9%), a partir daí percebeu-se, a cada censo (Ver Figura 1), a redução dessa população vivenciada em todas as regiões do país.

Figura 1- Distribuição percentual da população nos Censos Demográficos, segundo as Grandes Regiões e a situação do domicílio rural e urbano - 1950/2010.



Fonte: IBGE, Censos Demográficos. Elaboração: Própria

Além da redução da população rural, outro aspecto que deve ser considerado é a população residente em domicílio rural do sexo feminino, que apresentou percentuais inferiores que o masculino nos censos apresentados na série histórica 1970-2010 em todas as grandes regiões, contrariando o perfil urbano brasileiro. Em 2010 os homens residentes em área rural representavam 53%⁶. Esta predominância masculina, considerando as populações rurais por gênero do censo de 2010, apresentou significância estatística ao nível de 0,05, para todas as Unidades Federativas. Para compreensão desse resultado faz-se necessário estudos locais que observem as especificidades regionais, a fim de compreender melhor este fenômeno. Sabe-se, por exemplo, que a pecuária extensiva e a agricultura empresarial mecanizada contribuem para a ocorrência da masculinização, ao passo que a agricultura familiar favorece a permanência da mulher no campo.

O Brasil rural vem apresentando o contínuo êxodo rural, principalmente das filhas dos agricultores familiares que buscam à vida no meio urbano objetivando outras profissões. A tal fenômeno dá-se o nome de masculinização do meio rural⁷. Definido por Rioja (2009)⁸ como sendo um desequilíbrio demográfico caracterizado pelo déficit de mulheres em relação à proporção que deveria existir, naturalmente, entre os sexos.

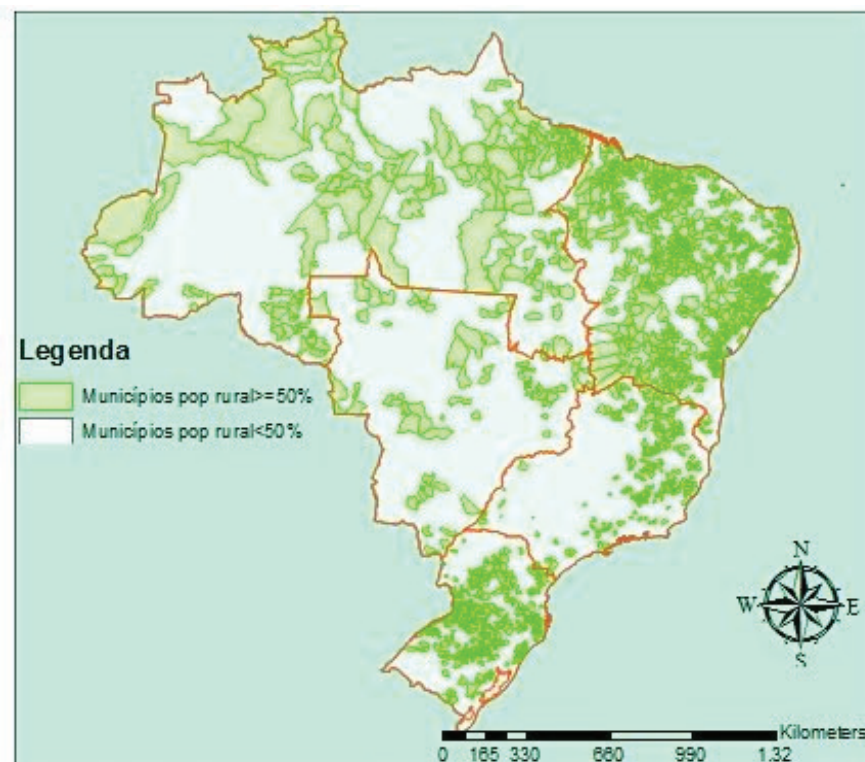
Este desequilíbrio aponta para a necessidade de políticas públicas específicas, caso contrário,

tem-se como consequência o comprometimento da sustentabilidade social. Um estudo realizado no Rio Grande do Sul⁹ confirmou a consolidação da masculinização rural naquela UF, especialmente, na faixa etária de 25 a 29 anos, além disso, verificou também a ocorrência do envelhecimento rural, aliás, a faixa etária 60 ou mais foi a única, neste estudo, que apresentou aumento populacional. A permanência da população idosa tem como fator motivador a aposentadoria rural⁹.

Onde o Brasil é mais campo, floresta e água

Dentre todos os municípios brasileiros, de acordo com o último censo, apenas 1.620 (29%) municípios são mais rural (MMR) (Ver Figura 2). Dentre estes, 759 (47%) encontram-se na região Nordeste, 418 (26%) na região Sul, 215 (13%) na região Sudeste, 144 (9%) estão localizados na região Norte e 84 (5%) na região Centro-oeste (PNUD, 2010).

Figura 2-Distribuição percentual da população residente por situação do domicílio rural - Brasil - 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010. Elaboração: Própria

Longevidade, renda e educação são mais precárias nos municípios mais rurais?

Nos MMR a esperança de vida ao nascer (EVN) é em média 71,93 anos (DP=2,63), sendo que o município Rancho Queimado - SC apresentou a maior EVN (78,59 anos), até mesmo que a apresentada para todo país em 2010 (73,4 anos). Cacimbas-PB, entretanto, apresentou a menor EVN (65,3 anos). Em Cacimbas-PB o percentual da população residente rural é de 75,92% e em Rancho Queimado é de 53,6%¹⁰.

Nos MMU, entretanto, observou-se, no mesmo período, melhor desempenho nesse indicador sendo em média 73,57 anos (DP=2,55), ou seja, a expectativa de vida ao nascer nos MMU apresenta 1,63 anos a mais que nos MMR (Ver Tabela 1).

Esse resultado reflete diretamente no Índice da dimensão Longevidade (IDHL) que é um dos 3 componentes do IDHM. Enquanto que nos MMR, tem-se em média IDHL 0,782 (DP=0,44) e mediana 0,780, nos MMU tem-se em média 0,810 (DP=0,43) e mediana 0,817. Conforme pode-se observar na Figura 3 e na Tabela 1, percebe-se claramente a concentração de maiores valores de IDHL nos MMU.

Figura 3- Distribuição de frequência do IDHL, segundo a proporção de população residente em área rural e urbana.

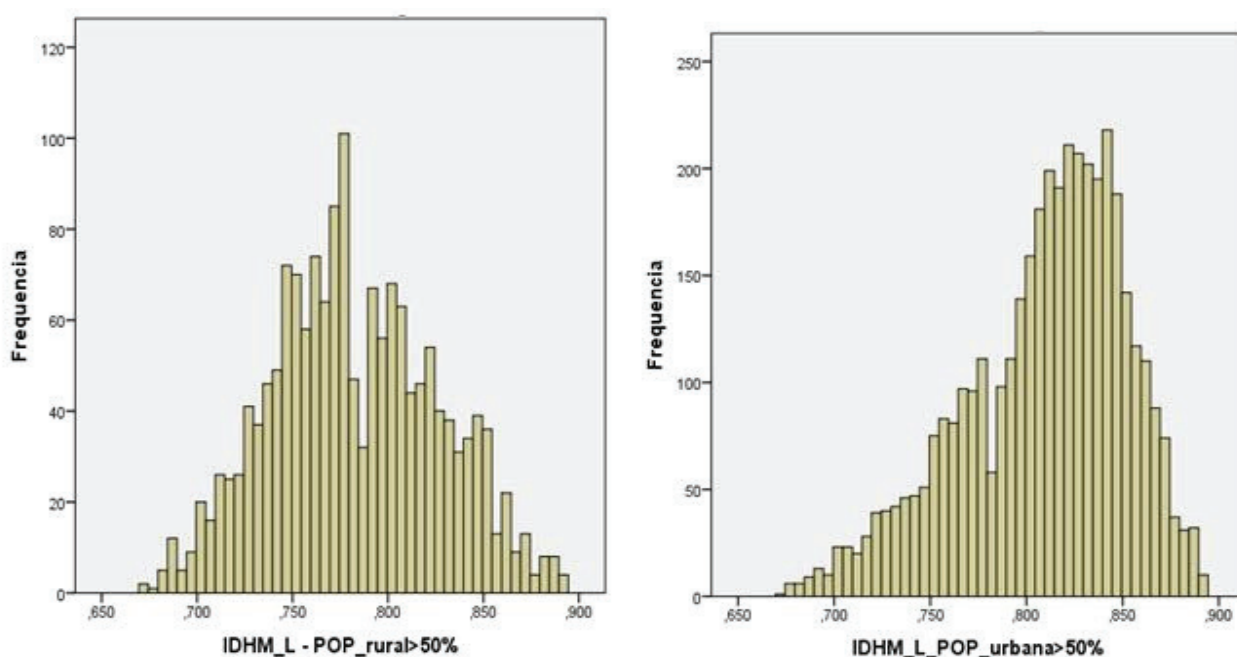


Tabela 1 – Variáveis do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil utilizadas no estudo segundo a população rural $\geq 50\%$ (MMR) ou $<50\%$ (MMU).

Variável	Municípios Mais Rurais (MMR)		P-valor*
	Não 3.945 (0,71)	Sim 1.620 (0,29)	
Mortalidade infantil			
Média	18.10	22.06	0,000*
Desvio padrão	6.58	7.64	
Taxa de fecundidade total			
Média	2.15	2.30	0,000*
Desvio padrão	0.47	0.56	
Esperança de vida ao nascer			
Média	73.57	71.93	0,000*
Desvio padrão	2.55	2.63	

Proporção de pobres			
Média	18.60	34.40	0,000*
Desvio padrão	15.51	18.41	
Percentual da população de 18 anos ou mais com fundamental completo			
Média	42.90	31.70	0,000*
Desvio padrão	10.10	6.85	
Índice de Gini			
Média	0.49	0,51	0,000*
Desvio padrão	0.64	0.07	
IDHM			
Média	0.68	0.61	0,000*
Desvio padrão	0.07	0.07	
IDHM_E			
Média	0.58	0.50	0,000*
Desvio padrão	0.09	0.10	
IDHM_L			
Média	0.81	0.78	0,000*
Desvio padrão	0.04	0.04	
IDHM_R			
Média	0.66	0.60	0,000*
Desvio padrão	0.07	0.08	
% de pessoas em domicílios com paredes inadequadas			
Média	4.0264	8.6273	0,000*
Desvio padrão	7.2789	12.654	
% de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados			
Média	6.6075	15.5196	0,000*
Desvio padrão	10.0722	16.2113	
% da população em domicílios com energia elétrica			
Média	98.1876	94.7544	0,000*
Desvio padrão	4.0216	8.7688	
% dos ocupados no setor agropecuário - 18 anos ou mais			
Média	28.5644	52.5781	0,000*
Desvio padrão	15.5157	12.23	
% da população em domicílios com água encanada			
Média	89.733	75.5289	0,000*
Desvio padrão	10.6157	18.0795	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada			
Média	86.3518	67.527	0,000*
Desvio padrão	17.214	25.4238	

Fonte: PNUD, 2010¹⁰. Elaboração: própria. (*) Diferença entre as médias significativamente estatística quando p-valor<=0,05.

Nos MMR, a proporção de pobres também é maior. Nesses municípios tem-se em média 34,4% (DP=18,41) de pobres. Por outro lado, nos MMU a proporção de pobres é de 18,6% (DP=15,51), quase a metade daquela. No Brasil, o município Uiramutã – RR, que possui 86,41% da sua população residindo em área rural, apresenta proporção de pobreza e extrema pobreza preocupantes. Em Uiramutã, a proporção de pobres é 78,59% e a de extremamente pobres é de 69,67%.

Com relação ao GINI, coeficiente usado para medir a desigualdade social, nos MMR, é 0,51

em média (DP=0,07). Dentre estes municípios os que apresentam maior desigualdade são Isaías Coelho – PI com GINI 0,79 e Santa Rosa do Purus – AC, Uiramutã – RR e Jequitibá com GINI 0,78.

Esse cenário impacta negativamente no Índice da dimensão Renda (IDHR) que é um dos 3 componentes do IDHM. Enquanto que nos MMR, tem-se em média IDHR 0,596 (DP=0,08), nos MMU tem-se em média 0,662 (DP=0,07).

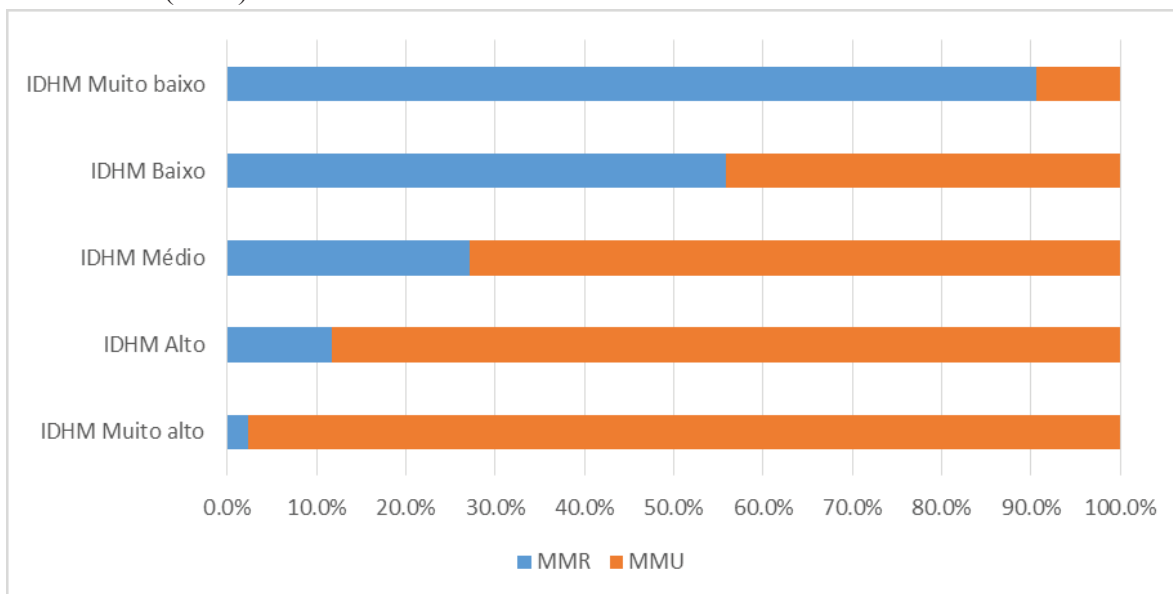
Com relação ao analfabetismo, o Censo demográfico de 2010 verificou o percentual de pessoas que não frequentam a escola na faixa etária compreendida entre 10 e 17 anos também é superior na área rural (11,1%) que na urbana (7,9%). Quanto a isto, o Estado de Roraima apresentou a maior diferença percentual com 22,4% na área rural e 7,4% na urbana. Do mesmo modo, o percentual da população de 18 anos ou mais com fundamental completo na área rural é inferior que na urbana (31,7% e 42,9%, respectivamente) (PNUD, 2010).

A taxa de analfabetismo entre as mulheres rurais é levemente inferior (21,11%) que entre os homens (24,48%). Entretanto, nos Estados de Roraima, São Paulo, Paraná e Santa Catarina, esta taxa (25,9%; 9,5%; 11,2% e 7,1%, respectivamente), entre as mulheres, é um pouco superior que entre homens (24,4%; 8,2%; 10,2% e 7,06%, respectivamente)⁶.

Embora a taxa de analfabetismo entre as mulheres rurais seja levemente inferior que a dos homens rurais, elas apresentaram renda individual média inferior que a dos homens em todo o período de 1992 a 2009 ¹¹. Em 2009 as mulheres rurais apresentaram renda individual média R\$ 204,94 – aproximadamente, 52% a menos que a dos homens. Esta diferença também foi perceptível quando se fez a desagregação por classes econômicas ¹¹.

A média do IDHM, MMR, é de 0,61 (DP=0,07) (PNUD, 2010). No Brasil, o município Melgaço - PA que possui 77,82% da sua população residindo em área rural⁶ tem o pior IDHM do Brasil (0,418), sendo que dentre as três dimensões a Educação apresentou o pior índice (0,207). Além de Melgaço, outros 31 municípios brasileiros são classificados como IDHM muito baixo, entre esses 90,6% são MMR. Por outro lado, em todo país apenas 44 municípios possuem IDHM muito alto, entre os quais apenas um é MMR, trata-se do município Rio Fortuna - SC no sul do país. Observe-se na Figura 4 o baixo desempenho dos municípios mais rurais. A medida em que o IDHM diminui, aumenta a proporção de MMR. Nas dimensões IDHM-E, IDHM-L e IDHMR também apresentaram menores médias nos MMR que nos MMU, conforme pode-se observar na Tabela 1.

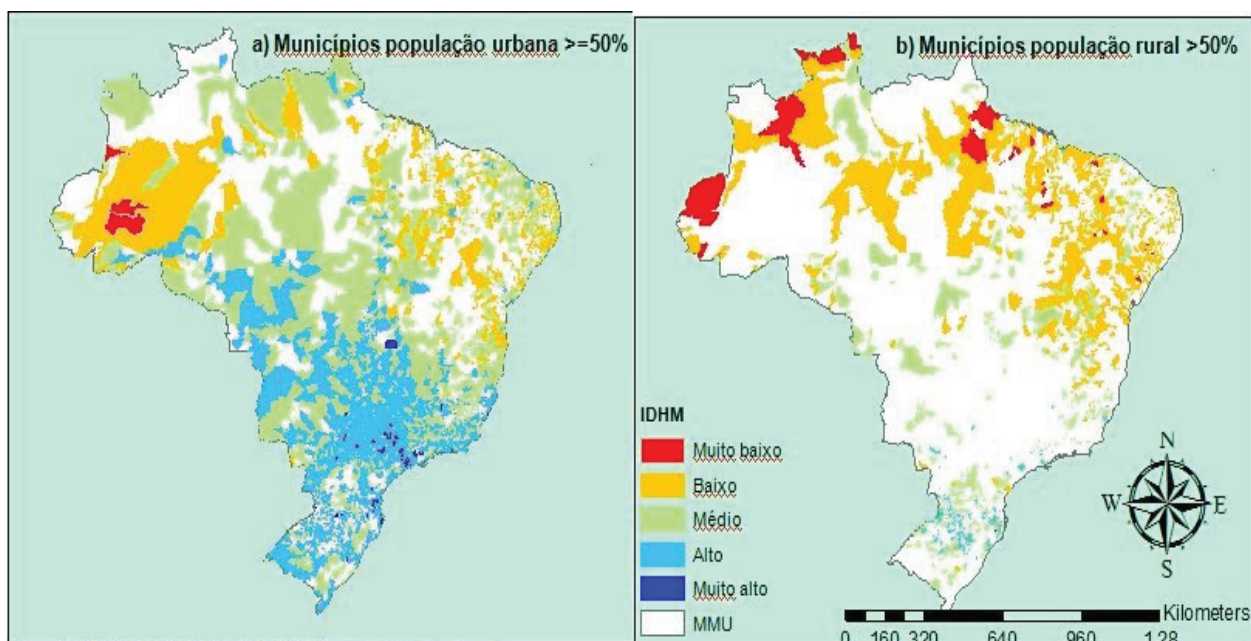
Figura 4 - Distribuição percentual da classificação do IDHM segundo o município mais rural/mais urbano (2010)



Fonte: PNUD, 2010¹⁰. Elaboração: própria

Além da concentração dos piores índices de IDHM nos MMR, observou-se a regionalização desses valores, conforme pode-se observar na Figura 5. As regiões Norte e Nordeste possuem os piores IDHM, enquanto o Sul e Sudeste possuem as melhores posições. Nesse caso, isso foi percebido não só nos MMR como também nos MMU. Esse resultado aponta para a necessidade de políticas públicas voltadas para minimizar as diferenças sociais existentes nas regiões brasileiras.

Figura 5 - Mapa de distribuição da classificação do IDHM por município segundo o percentual de população residente em situação de domicílio urbano ou rural.



Fonte: PNUD, 2010¹⁰. Elaboração: Própria.

Saneamento ambiental

As condições de saneamento ambiental, no Brasil rural, podem ser verificadas através dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios¹² os quais mostram que as unidades domiciliares são, na maioria, particular permanente (67%) e possuem em média cinco cômodos, quanto ao material predominante na construção das paredes externas do prédio, apresentou 48,9% de alvenaria e 3,3% Taipa não revestida. A madeira aparelhada apresenta maior frequência no Sul e Norte do Brasil. Dentre as casas de Taipa não revestida, tem-se em primeiro lugar o Maranhão (39,8%), em segundo Pará (14,6%) e em terceiro Ceará com 12,8%, nas demais Unidades federativas o percentual não ultrapassou os 6% ¹².

Apesar de 47,3% dos domicílios rurais apresentarem água canalizada em pelo menos um dos cômodos, apenas 18% destes a água utilizada provem da rede geral de distribuição, os demais domicílios captam a água de poços, nascentes ou outras fontes. Em 10,4% dos domicílios não tem banheiro ou sanitário e em 47,3% o lixo domiciliar é queimado ou enterrado. Quanto ao escoadouro do banheiro ou sanitário, em 37,4% dos domicílios ocorre de maneira inadequada, ou seja, os dejetos são despejados nas fossas rudimentares, em valas, direto para o rio, lago ou mar, entre outros. Dentre os domicílios que não utilizam a rede geral de distribuição, 68,8% não possuem filtro d'água ¹².

O percentual de pessoas em domicílios com paredes inadequadas, em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados, em domicílios com energia elétrica, em domicílios com água encanada, em domicílios com banheiro e água encanada mostraram pior desempenho nos MMR que nos MMU conforme pode-se observar na Tabela 1 com diferença significativamente estatística.

Agravos de Importância para saúde pública – Fonte de dados Sinan

Doença de Chagas Aguda

No período de 2009 a 2011, foram notificados 568 casos confirmados de Doença de Chagas Aguda, sendo 169 (29,7%) casos confirmados na zona rural, com uma média anual de 56,3 casos. O total de óbitos confirmados, na zona rural, neste período, foi de 4. A letalidade média foi de 2,4% variando de 1,5% (2009) a 3,6% (2010). A letalidade média urbana nesse mesmo período foi 2,2%. Na área rural, a taxa de incidência em 2010 foi de 0,03 por 100 mil habitantes.

Febre amarela

No período de 2009 a 2010, foram confirmados 53 casos de febre amarela, todos na forma silvestre, sendo 23 (43,4%) em zona rural, com uma média anual de 11,5 casos por ano. O total de óbitos confirmados neste período, na zona rural, foi oito. A letalidade média foi de 34,8%.

Equistossomose

No período de 2009 a 2010, foram confirmados 57.758 casos de equistossomose, sendo 23.339 (40,4%) em zona rural, com uma média anual de 7.779,7 casos por ano. A incidência por 100 mil habitantes nas áreas rurais é quase 30 vezes maior que nas urbanas. O total de óbitos confirmados neste período, na zona rural, foi 10. A letalidade média foi de 0,04%. Na área rural, a taxa de incidência em 2010 foi de 34,33 por 100 mil habitantes.

Hanseníase

No período de 2009 a 2011, foram confirmados 124.832 casos de hanseníase, sendo 20.500 (16,4%) em zona rural, com uma média anual de 6.833,33 casos por ano. O total de óbitos confirmados neste período, na zona rural, foi de 185. A letalidade média foi de 0,009%. Na área rural, a taxa de incidência em 2010 foi de 18,04 por 100 mil habitantes enquanto que os estados de Mato Grosso, Rondônia e Tocantins essa taxa foi de 71,88; 61,95 e 54,54 respectivamente. Na área urbana, essa doença também é preocupante, a taxa de incidência em 2010 foi de 16,14 por 100 mil habitantes (Ver Tabela 2).

De acordo com dados de SIAB, no ano de 2012, 96,9% da população cadastrada com hanseníase, residente em área rural, foi acompanhada por meio de visitas domiciliares regulares pelos ACS.

Hantavirose

No período de 2009 a 2011, foram notificados 406 casos confirmados de hantavirose, sendo 174 (42,9%) casos confirmados na zona rural, com uma média anual de 58 casos. O total de óbitos confirmados, na zona rural, neste período, foi de 53. A letalidade média foi de 30,5% variando de 23,2% (2010) a 43,9% (2011). Na área rural, a taxa de incidência em 2010 foi de 0,27 por 100 mil habitantes.

Leishmaniose Tegumentar Americana

No período de 2009 a 2011, foram notificados 69.865 casos confirmados de Leishmaniose Tegumentar, sendo 38.997 (55,8%) casos confirmados na zona rural, com uma média anual de 12.999 casos. O total de óbitos confirmados, na zona rural, neste período, foi de 19. A letalidade em todo o período foi muito baixa, variando de 0,0005% (2010) a 0,0006% (2009). Na área rural, a taxa de incidência em 2010 foi de 44,89 por 100 mil habitantes.

Leishmaniose Visceral

No período de 2009 a 2011, foram notificados 11.698 casos confirmados de Leishmaniose Visceral, sendo 2.703 (23,1%) casos confirmados na zona rural, com uma média anual de 901 casos. O total de óbitos confirmados, na zona rural, neste período, foi de 136. A letalidade em todo

o período foi em média de 0,05%. Na área rural, a taxa de incidência em 2010 foi de 2,90 por 100 mil habitantes.

Leptospirose

No período de 2009 a 2011, foram confirmados 12.355 casos de leptospirose, sendo 2.000 (16,2%) em zona rural, com uma média anual de 666,6 casos por ano. O total de óbitos confirmados neste período, na zona rural, foi de 73. A letalidade média foi de 3,65% variando de 2,2% (2009) a 4,5% (2010). Na área rural, a taxa de incidência em 2010 foi de 1,81 por 100 mil habitantes.

Malária

No período de 2009 a 2011, foram confirmados 3.099 casos de malária, sendo 503 (16,2%) casos confirmados na zona rural, com uma média anual de 167,6 casos. O índice Parasitário Anual de malária, em 2010 no Brasil, foi de 1,71.

A maior parte dos casos confirmados se concentrou nos estados do Acre (IPA=49,44), Roraima (IPA=42,34), Rondônia (IPA=27,53), Amazonas (IPA=21,25), Amapá (IPA=18,61) e Pará (IPA=18,02) ¹³.

Tétano acidental

No período de 2009 a 2011, foram confirmados 935 casos de tétano acidental, sendo 187 (20%) em zona rural, com uma média anual de 62,3 casos por ano. O total de óbitos confirmados neste período, na zona rural, foi de 61. A letalidade média foi de 32,6% variando de 23,5% (2010) a 45,5% (2009). Na área rural, a taxa de incidência em 2010 foi de 0,23 por 100 mil habitantes, na área urbana foi de 0,13 por 100 mil habitantes. Na área rural, a taxa de letalidade de tétano acidental mais alta envolveu a faixa etária de 10 a 14 anos (Ver Tabela 2). O sexo masculino foi mais acometido pelo tétano acidental com 86,1% dos casos registrados.

Tuberculose

No período de 2009 a 2011, foram notificados 258.480 casos confirmados de Tuberculose, sendo 20.133 (7,8%) casos confirmados na zona rural, com uma média anual de 6.711 casos. O total de óbitos confirmados, na zona rural, neste período, foi de 556. A letalidade média foi de 2,76%. Na área rural, a taxa de incidência em 2010 foi de 20,22 por 100 mil habitantes. Na área urbana, a tuberculose aparece com momo sendo mais incidente com 25,55 por 100 mil habitantes.

De acordo com dados do SIAB, no ano de 2012, apenas 4,7% da população cadastrada com tuberculose, residente em área rural, foi acompanhada por meio de visitas domiciliares regulares pelos ACS.

Tabela 2 – Principais Agravos/Doenças de importância para a saúde pública segundo a zona de residência.

Agravado/Doença	Incidência p/100 mil hab. Ano 2010		Letalidade média (2009-2011)	
	Rural	Urbana	Rural	Urbana
Doença de Chagas Aguda	0,03	0,02	2,37	2,16
Esquistossomose	34,33	6,90	0,04	0,32
Hanseníase	17,87	16,14	0,01	1,07
Hantaviruses	0,27	0,05	30,5	45,32
Leishmaniose Tegumentar Americana	44,89	5,87	0,0005	0,0001
Leishmaniose Visceral	2,90	1,66	0,05	0,66
Leptospirose	1,81	1,72	3,65	10,3
Tétano acidental	0,23	0,13	32,6	30,01
Tuberculose	16,72	25,55	2,76	2,95

Fonte: MS/Sinan. Elaboração: Própria.

Quanto aos agravos de saúde, no campo, destaca-se a alta incidência de doenças negligenciadas, muito relacionadas à pobreza¹⁴ tais como, leishmaniose tegumentar americana e esquistossomose (Ver Tabela 2).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados, identificou-se que os municípios mais rurais apresentam um perfil mais precário que os mais urbanos. Isso foi observado com relação ao IDHM e todas as dimensões que o compõe (IDHM-L, IDMH-R e IDMH-E) principalmente com respeito ao IDHM-E. Também observou-se a incidência importante de doenças negligenciadas nesses espaços, reforçando que há nestes municípios uma deficiência de políticas públicas como a de saúde e de educação, além de uma frágil atuação do Estado na efetivação da reforma agrária. A saída da mulher do campo reflete claramente a deficiência de políticas que visem a melhorias de vida desta mulher no seu lugar, tendo em vista que no Brasil a esperança de vida ao nascer é maior para a mulher do que para o homem. Então este processo de masculinização revela um grave problema a ser enfrentado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FAO. Food and agriculture organization of the United Nations. Rural poverty in Brazil. Disponível em: www.ruralpovertyportal.org/country/home/tags/brazil Acesso em 22 de set 2013.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. 1 ed.; Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
3. Miranda C, Silva H. (Org) Concepções da Ruralidade Contemporâneas: singularidades brasileiras. Brasília IICA, 2013. 476p.
4. Triola MF. Introdução à estatística. 10.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 696 p.

5. INPE. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais. SPRING. Tutorial de geoprocessamento. Análise e consulta espacial. Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/spring/teoria/aula9.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2014.
6. IBGE. Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2013.
7. Stropasolas VL. Trabalho infantil no campo: do problema social ao objeto sociológico. Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho, Ano 17 2012;27:249-286.
8. Rioja LA, *et al.* La población rural de España: de los desequilibrios a la sostenibilidad social. Barcelona: Fundación La Caixa, 2009. (Colección Estudios Sociales n. 27). Disponível em: <<http://www.laCaixa.es/ObraSocial>>. Acesso em: 15 set. 2013.
9. Froehlich JM, Rauber CC, Carpes RH, Toebe M. Êxodo seletivo, masculinização e envelhecimento da população rural na região central do RS. Ciência Rural, Santa Maria, v.41, n.9, p.1674-1680, set. 2011.
10. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2010. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/> Acesso em: 15 set. 2013.
11. FGV. Fundação Getúlio Vargas. Panorama de Decomposição da Renda em Diferentes Fontes - PNAD 1992 – 2009. Disponível em: <http://www.cps.fgv.br/cps/campo/> Acesso em: 06 fev. 2014
12. PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/> Acesso em: 09 de set. de 2013
13. IDB. Indicadores e dados básicos de 2012. Indicador de Morbidade. Índice parasitário anual (IPA) de malária [Acessado em 07 de jan. 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#cober>
14. FIOCRUZ. Fundação Osvaldo Cruz. Doenças Negligenciadas. Disponível em: <<http://www.agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas>> Acesso em: 06 fev. 2014

Artigo apresentado em 02-04-15

Artigo aprovado em 14-07-15

Artigo publicado no sistema em 26-09-15