UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

DANIEL MOREIRA PINTO

**“AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE – MORRO AGUDO –SP, BRASIL”**

RIBEIRÃO PRETO
2010

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

**“AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE – MORRO AGUDO –SP, BRASIL”**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, junto ao Departamento de Medicina Social, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade

Orientadora: Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster

RIBEIRÃO PRETO
2010

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Pinto, Daniel Moreira.

Avaliação da Estratégia de Saúde da Família em um Município de Pequeno Porte, Morro Agudo – SP, Brasil. Ribeirão Preto, 2010.
80 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP.

Orientadora: Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster.

1. Avaliação de serviços de Saúde. 2. Saúde da Família. 3. Atenção Primária. 4. Avaliação Municipal.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Daniel Moreira Pinto

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE – MORRO AGUDO –SP, BRASIL

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Saúde da Comunidade.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

À Vânia e Giovana

Presentes de Deus para mim.

Meus amores.

Aos meus Pais e minhas irmãs

Sempre presentes.

Eterno devedor.

AGRADECIMENTOS

Não será possível nomear todos os que contribuíram para que eu aqui chegasse. Mas, ciente deste fato, ousarei, mesmo assim, compor meus agradecimentos.

A Deus, eterno pai, provedor de todas as alegrias.

Ao Cristo, que nos ama sempre, que me ensinou a ter fé nos momentos de maior dor.

Aos meus amados pais, Jackson e Cibeles, pelo incentivo durante toda a vida, por estarem sempre ao meu lado e suportarem a dor da partida.

Às minhas belas irmãs, Gizelle, Paula e Renata por tanto me amarem, mesmo à distância estarem tão próximas, assim como o(s) meu(s) cunhado(s) e minha sobrinha Aninha.

A minha companheira Vânia, pelo estímulo, ajuda e contribuição recebidos, pela presença carinhosa e cuidadosa neste caminho que vamos trilhar.

A minha querida orientadora, Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster, exemplo de mulher, de força, de sabedoria, de paciência, principalmente comigo para a conclusão deste mestrado.

Aos amigos Dilson e Luciane por me incentivarem, me cobrarem e me instruírem, em todas as fases.

Aos meus amigos, Vinícius, Denise, Fabrício, Ildeu, Rodrigo, Andréa, Marcus Vinícius, principalmente pela amizade.

Aos amigos e colegas de trabalho, pela valiosa colaboração em todas as fases, por dividirem comigo as atividades que estavam sob minha responsabilidade, permitindo que pudesse me dedicar ao mestrado.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Social, pela colaboração e alegria.

A Lílian, Andreza e Poliana, pela coleta de dados.

Ao Núcleo Assistencial Espírita André Luiz, por me ajudar a limpar minhas feridas.

Ao NSF 3 de Morro Agudo, que me acolheu com tanto carinho e as enfermeiras Angélica e Rute, com quem aprendi muito.

À Prefeitura de Morro Agudo, por acreditar na ESF.

Ao Carlos Theodoro, iniciador, pelo grande exemplo e por acreditar sempre.

DEVO MUITO A VOCÊS.

RESUMO

PINTO, D. M. **“Avaliação da Estratégia Saúde da Família em um município de pequeno porte-Morro Agudo-SP, Brasil”**. 2010. 80 f. Dissertação (Saúde na Comunidade) – FMRP-USP, Ribeirão Preto, 2010.

Este estudo avalia a influência dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família após sua implantação, no período de 2007 a 2008, utilizando indicadores de resultado.

Trata-se de um estudo de caso, com caráter exploratório-descritivo, centrando-se numa abordagem quantitativa. Para análise dos resultados da implantação da ESF do Município de Morro Agudo foram utilizados alguns indicadores de processo e resultado obtidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de repercussões sobre o sistema local de saúde. Os dados levantados no período do estudo foram: Número de encaminhamentos para outros níveis de complexidade do sistema municipal ou regional de saúde, Número de contra-referência recebida de outros níveis de complexidade do sistema municipal ou regional de saúde, Número de Cesáreas, Número de Partos realizados, Referências da equipes de SF para internações hospitalares nas clínicas básicas, urgências e emergências, Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados, Casos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes 2005 e 2004, e curados até 31/12/2008 e Número de óbitos femininos por causas maternas (obstétricas diretas, indiretas e não especificadas - 095) e outros utilizados na elaboração dos indicadores de saúde aprovados e monitorados no Pacto da Saúde (2006).

A resolatividade foi 99,12% para o ano de 2007 e de 97,35% para o ano de 2008, com uma diminuição em 11% da taxa de cesariana no período, observando-se também uma melhoria na maioria dos indicadores assistenciais.

A análise de cada um dos núcleos mostrou um incremento na produção assistencial, embora a recente implantação das Unidades de Saúde da Família

não possibilitou perceber mudanças nos indicadores epidemiológicos da população da área.

O estudo concluiu que há necessidade de um período maior de monitoramento para observar mudanças sobre os indicadores de saúde, embora o processo assistencial já aponte algumas melhorias na utilização do sistema de saúde local.

Palavras-chaves: Avaliação de Serviços de Saúde, Saúde da Família, Atenção Primária, Avaliação Municipal.

ABSTRACT

PINTO, D. M. **“Evaluation by the Strategy Family Health in a small municipality - Morro Agudo-SP, Brazil”**. 2010. 80 f. Dissertation (Community Health) – FMRP-USP, Ribeirão Preto, 2010.

This work evaluate the influence of the services that were done by the Strategy Family Health (Estratégia Saúde da Família) after its implantation, from 2007 to 2008, based on index results.

This is a case study in which an exploratory-descriptive method was used with a quantitative approach. To analyze the SFH (ESF) implantation results in Morro Agudo town some process and result indexes were used thank to the Basic Attention Information System -- Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) – and the impact over the health local system. The collected data were: patient referrals amount for another complexity levels of the local or town health system; the counter reference amount of another levels of the local or town health system; caesarean section amount; birth amount; FH team references to hospital internations into basic clinics, urgency and emergency; total amount of healed bacillary tuberculosis new cases; Hansen's disease cases that were detected from 2004 to 2005 and healed until 12/31/2008; amount of female deaths related to giving birth procedures and others that were sources for the health indexes monitored and aproved in Health Pact - Pacto da Saúde (2006).

The solving result was 99,12% (2007) and 97,35% (2008), with 11% less caesarean sections during the period, with an improvement of the most assistencial indexes.

Each core's analisys has shown the improvements in assistencial production, although the recent implantation of Unidades de Saúde da Família didn't permit to notice changes on epidemiological indexes of the area population.

The conclusion is that a longer period for monitoring is needed to observe changes on health indexes, although the assistential process has already pointed out some improvements in the use of the local health system.

Key words: Evaluation of Health System, Family Health, Primary Care, Municipality Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Distribuição das Equipes de Saúde da Família em 1998, BRASIL	28
Figura 2.	Distribuição das Equipes de Saúde da Família em 1998, BRASIL	29
Figura 3.	Distribuição dos Núcleos de Saúde da Família no município de Morro Agudo (SP), 2008	37

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 -** Número de encaminhamentos para outros níveis de complexidade do sistema municipal ou regional, Morro Agudo (SP), 2007-2008. Pag 44
- Tabela 2 -** Número de atendimentos anuais dos NSF's, Morro Agudo (SP), 2007-2008. Pag 45
- Tabela 3 -** Referência da Unidade de Saúde da Família para Urgência/Emergência, Morro Agudo (SP), 2007-2008. Pag 47
- Tabela 4 -** Número de internações por AVC na população maior de 40 anos, Morro Agudo (SP), 2007-2008. Pag 48
- Tabela 5 -** Quadro de resultados gerais do município para os anos de 2007 e 2008. Morro Agudo – SP. Pag. 56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Resolutividade por NSF para o ano de 2007 – 2008. Morro Agudo – SP. Pag. 46

SUMÁRIO

1	JUSTIFICATIVA.....	18
2	INTRODUÇÃO.....	20
3	OBJETIVOS	36
3	Objetivo Geral	36
	3.1 Objetivos Específicos	36
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	37
4.1	Local do Estudo	37
	4.1.1 Caracterização Sanitária do Município	38
4.2	Tipo de Pesquisa	40
4.3	Indicadores	41
4.4	Organização e realização do trabalho de campo	45
4.5	Processamento e análise dos dados.....	46
4.6	Procedimentos éticos	46
5.	RESULTADOS	47
6.	DISCUSSÃO.....	54
6.1	A Estratégia de Saúde da Família no cenário do sistema municipal de saúde.....	55
	6.1.1 A Assistência na Saúde da Família para a formação médica.	55
	6.1.2 Medidas de Promoção e Prevenção no âmbito da saúde da comunidade	56
	6.1.3 Parcerias intersetoriais da ESF	58
6.2	Avaliação dos resultados gerais da ESF em Morro Agudo	61

6.3 Resultados específicos nos núcleos de saúde da família	65
6.3.1 NSF 1	65
6.3.2 NSF 2	67
6.3.3 NSF 3	70
6.3.4 NSF 5	72
6.3.5 NSF 6	74
7. CONCLUSÕES.....	76
7.1 Avaliação Municipal	77
7.2 Avaliação dos NSF	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
APÊNDICE A	87
ANEXO 1	88

1 JUSTIFICATIVA

O município de Morro Agudo, estado de São Paulo contava com duas (2) unidades de Saúde da Família em 2005, e com a mudança de proposta política de novos gestores, surgiu a necessidade de mudar o modelo de assistência à saúde da população.

Afinado com esse interesse na melhoria da atenção à saúde, percebi a necessidade de avaliar alguns indicadores de resultados vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF) no contexto de sistemas de saúde de municípios de pequeno porte, a oportunidade de trazer alguma contribuição para o Município que me acolheu.

Na organização do sistema de saúde local enfatizam-se algumas intervenções, não diretamente vinculadas com a ESF, mas que denotam interesse por ações de promoção à saúde, como por exemplo, a criação do Núcleo de Saúde Mental, a criação do Centro de Atendimento Psicossocial e a reforma da estrutura física do Hospital São Marcos. Este hospital pertence a uma organização civil denominada Sociedade Amigos de Morro Agudo (SAMA), composta pela sociedade civil para fornecer um serviço à população.

Estas iniciativas, associadas a um interesse de melhor capacitação para os funcionários de saúde com formação própria para trabalhar na ESF, compõem um cenário interessante para ser avaliado, pois a quantidade de pesquisas vindas no processo de formulação de técnicas diversas de saúde, e no processo avaliativo é escasso, principalmente no que tange a saúde da família e

os seus resultados nas grandes metrópoles e pequenas cidades, como é o caso desse estudo.

Assim, acredito que este trabalho poderá servir de subsídio para utilização do sistema de saúde, sua gestão, organização, avaliação de indicadores e do princípio de intersetorialidade, dada sua importância no contexto da Saúde da Família

2 INTRODUÇÃO

O século XX foi marcado por discussões sobre saúde e pelo desenvolvimento de diversas experiências, em todo o mundo, buscando formas de enfrentar as desigualdades e injustiças sociais que atingiam grandes e crescentes parcelas da população. Essas experiências e discussões forneceram a base para os princípios e conceitos expressos na Declaração de Alma Ata (1978).

O consenso lá alcançado foi confirmado pela Assembléia Mundial de Saúde em sua reunião subsequente, em maio de 1979. A Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.” (STARFIELD, 2002)

Configurando novo paradigma sobre a saúde, que passa a ser considerada um direito humano fundamental, cujo alcance deve ser um objetivo social de todos os povos. Nesse cenário, para consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS), é postulada a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (SPT/2000).

A falta de investimento em investigação e de boa qualidade levou a dificuldades para responder às críticas daqueles que argumentavam haver pouca evidência empírica para apoiar essa ambiciosa concepção de saúde. A declaração de Alma-Ata, também foi envolvida como parte de um choque ideológico, no momento entre capitalismo e comunismo e, em retrospecto, uma declaração que emergiu de uma conferência na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) claramente nunca foi aceita plenamente no Ocidente. (HAINES; HORTON; BHUTTA, 2007)

As rápidas transformações experimentadas, as mudanças no perfil epidemiológico, em um mundo globalizado, ampliam os desafios a serem vencidos, levando os gestores dos sistemas de serviços de saúde de todo o mundo, a partir dos anos 1980, a reformarem a organização e o funcionamento desses serviços.

As reformas se diferenciaram quanto aos mecanismos e metas, mas mantiveram em comum a priorização da APS (ou Básica), a perspectiva de diminuição dos custos, a descentralização para outros níveis do governo e para o setor privado, e, o aumento da contribuição do usuário. Guiaram-se, também, pela busca de melhor eficiência produtiva nesse nível de atenção, definição de uma porta de entrada no sistema, integração entre os diversos níveis de atenção e focalização em medidas de prevenção. (ALMEIDA, 2003)

Na Europa, a APS não é facilmente concebida sem um médico de família, mas estes dois conceitos não são equivalentes. O conceito amplo de APS, como já foi referido, abrange muito mais do que um médico generalista na provisão dos serviços de saúde, também variando de um país para outro. Nos países onde a medicina geral é bem desenvolvida, as funções e características da APS têm grande sobreposição com as da medicina geral, e o médico generalista pode ter uma posição preferida na atenção primária. Em outros países, o acesso à APS também é proporcionada por outros especialistas, como pediatras, ginecologistas, especialistas em medicina interna e cardiologistas. A definição do médico de clínica geral (GP), estabelecidos há mais de 30 anos pela *British Royal College of General Practitioners*, abrange muitos destes elementos. Segundo esta definição, o médico de família é: (Saltman; Rico e Boerma, 2006)

. . . a doctor who provides personal, primary and continuing medical care to individuals and families. He may attend his patients in their own homes, in this consulting room or sometimes in hospital. He accepts the responsibility for making an initial decision on every problem his patient may present to him, consulting with specialists when he thinks it appropriate to do so. He will usually work in a group with other general practitioners, from premises that are built or modified for the purpose, with the help of paramedical colleagues, adequate secretarial staff and all the equipment which is necessary. Even if he is in a single-handed practice, he will work in a team and delegate when necessary. His diagnosis will be composed in physical, psychological and social terms. He will intervene educationally, preventively and therapeutically to promote his patient's health.

Assim, a figura do especialista em Medicina de Família e Comunidade foi inserida na prestação dos serviços de APS, como de vital papel na sua efetivação. Cabendo a ela uma nova ótica médica ao se deparar com o paciente, sua família e a comunidade em que está inserido. (STARFIELD, 2002)

Na década de 1990, a APS experimenta uma tendência de expansão, em um contexto marcado pela crescente pobreza, iniquidade e exclusão social. Nos países desenvolvidos, esta expansão foi variável, com ênfase nas racionalidades técnicas e econômicas, enquanto nos países pobres, é marcada pela forte atuação de organismos internacionais, pela fraqueza e instabilidade dos sistemas públicos. (HAINES; HORTON; BHUTTA, 2007).

Muitos programas verticais que abordam especificamente doenças podem interagir uns com os outros negativamente e conduzir a uma ineficiente utilização de recursos limitados.

A China foi um expoente precoce dos cuidados primários de saúde através dos chamados “médicos pés descalços”, (HAINES; HORTON; BHUTTA, 2007) também conhecidos como “médicos camponeses”, instituídos pelo governo pós-revolucionário chinês. Eles são profissionais de curso médio, com formação não clássica em medicina, num período de 3 anos, como anatomia e fisiologia, dissecação de animais (geralmente porcos) e utilizavam mapas e modelos em aulas teóricas, elementos de patologia, bacteriologia/parasitologia (utilização de microscópio para identificar ovos de parasitas e microorganismos da água) e higiene. Esta última além do aprendizado da esterilização de agulhas e seringas incluía noção dos processos de saneamento, tratamento de esgotos,

compostagem agrícola (com utilização de biodigestores) e tratamento para obtenção de água potável. Além do aprendizado de utilização do estetoscópio, diagnóstico de doenças transmissíveis, vacinação e sinais de gravidade de enfermidades, que aprendiam acompanhando rondas de rotina, planejamento Familiar, Campanhas Patrióticas, conhecimento das equipes médicas itinerantes e da hierarquização do Sistema de Saúde.

Grande parte da União Européia melhorou a cobertura e a qualidade dos cuidados de saúde nas últimas décadas. Por exemplo, na Espanha um sistema obsoleto, com pessoal médico sem formação pós-graduada foi transformado em um moderno sistema de APS com equipe de alto nível, constituída por médicos de família e enfermeiras. (FORSTER, 2004)

O Sistema de Saúde da Espanha é de financiamento público. Durante as últimas duas décadas a responsabilidade para os cuidados de saúde tem sido amplamente transferida para 17 regiões da Espanha – *as comunidades autónomas* (Estados para o Brasil). O Inquérito Nacional de Saúde de 1997 já mostrou cobertura populacional de 99,8%, incluindo os de baixa renda e população imigrante. As companhias de seguros privadas proporcionam saúde complementar e abrange cada vez mais serviços fora do pacote básico. Frequentemente esses serviços são comprados pelo governo para evitar listas de espera. Em 2003, 18,7% da população compraram apólices de seguro privado. (GROSSE-TEBBE; FIGUERAS, 2005)

O Ministério da Saúde e Defesa do Consumidor Espanhol estabelece normas que definem as regras e requisitos mínimos de cuidados de saúde, com características regionalizadas e hierarquizadas. Aos municípios, o papel é limitado

a funções complementares de saúde pública ligadas à higiene e ao ambiente. (GROSSE-TEBBE; FIGUERAS, 2005)

Para o Canadá, o seu Sistema de Saúde se desenvolveu para um sistema parcialmente regulado, através de incentivo e financiamento público, com distribuição global de médicos de família para a APS correspondendo a 51% do total de médicos para o serviço de saúde do país. A APS constitui a porta de entrada do sistema. Atualmente nas áreas rurais os médicos de família fazem metade dos partos normais e 20% das cesarianas. (STARFIELD, 2002)

Na América Latina essas reformas estão vinculadas às políticas de ajuste macroeconômico e à reforma do Estado, com pesados condicionantes estabelecidos pelos credores internacionais, entre os quais a recomendação de melhor utilização dos escassos recursos, direcionando-os para intervenções custo-efetivas.

Concomitante a esse processo observa-se a exacerbação das desigualdades históricas e complicados processos de transição democrática. Nesses países, a ênfase nos processos de reforma foi posta nos aspectos legais dos programas e políticas, sendo que a maioria dos países garantiu em suas Constituições Nacionais o direito à saúde e desenvolveram programas para o aumento da cobertura, com base no aumento da oferta de serviços básicos às populações com menos acesso.

No Brasil, a formulação do processo de reforma esteve vinculada à transição democrática, liderada por um grupo de intelectuais, médicos e representações políticas do setor saúde, ampliando sua composição,

progressivamente, com a inclusão dos movimentos populares e das organizações sindicais. (ALMEIDA, 2003)

O Movimento Sanitário, em andamento desde a década de 1970, desencadeia um amplo processo de discussão no país e, na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), em um cenário de conflito de interesses, que evolui com o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, introduzindo mudanças no setor, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Este projeto foi contemplado na nova Constituição Nacional, promulgada em 1988, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) foi estabelecido, com base na institucionalização da universalidade da cobertura e do atendimento.

O SUS adota como princípios e diretrizes a: universalidade do acesso, equidade, integralidade, continuidade da assistência com preservação da autonomia das pessoas sobre o cuidado da saúde e informação sobre saúde e serviços de saúde à população, regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, estabelecimento de prioridades, conjugação dos recursos (financeiros, tecnológicos, materiais e humanos), participação social e participação complementar do setor privado, regulamentados por meio das leis 8080 e 8142 editadas em 1990. (BRASIL, 1990)

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), desafios são colocados para adequar os serviços de saúde aos seus princípios, que propõem uma nova concepção de saúde em nosso país.

O avanço do processo de descentralização do setor saúde, na década de 1990, tem como eixo a proposta de reorganização da atenção básica, com adoção de programas e políticas voltadas especificamente para o primeiro nível de

acesso e de contato da população com o sistema de saúde induzindo a uma organização, ou reorganização, da porta de entrada do sistema.

Inicialmente o governo federal assumiu como prioridade a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), existente nos estados nordestinos desde 1991.

O Agente Comunitário de Saúde é um profissional sem formação técnica para o seu serviço, proveniente de sua comunidade, tendo que residir na própria área de trabalho há pelo menos 2 anos, conhecedor da realidade local. São fundamentais os aspectos de solidariedade e liderança, para com isso, analisar as necessidades da comunidade, atuar nas ações de controle de doenças e promoção e proteção da saúde, participar das reuniões de equipe e da comunidade. Seus principais instrumentos de trabalho são: a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias. (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006)

A partir de 1994, sob a influência do programa Médico da Família, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói (RJ) (com estrutura semelhante à medicina da família criada em Cuba), o Ministério da Saúde cria o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para mudança do modelo de assistência à saúde no país. (BRASIL, 2002)

O PSF difundiu-se a partir de 1996 prioritariamente para populações sem acesso permanente aos serviços de saúde, expostas a maior risco de adoecer e morrer, tanto do ponto de vista biológico, quanto sócio-econômico, caracterizando um estrato de maior vulnerabilidade. O programa ampliou também, principalmente, porque passou a ser remunerado pela tabela de procedimentos do

SIA-SUS, porém de forma diferenciada: “a consulta do PSF equivalia ao dobro da consulta do SUS” (VIANA e DAL POZ, 1998).

Para continuar o fortalecimento da APS adotada pelo Ministério da Saúde, este criou o Piso de Atenção Básica (PAB) em 1996, conforme definição da Norma Operacional Básica – NOB/96 e consolidação com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/01 (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001).

O PAB altera a lógica de repasse financeiro, dissociando a produção do faturamento. A lógica do sistema anterior, com remuneração por serviços prestados, desestimula a adoção de medidas preventivas e de promoção de saúde, já que os procedimentos mais simples recebiam repasse menor. Com o PAB uma parcela dos recursos federais é transferida de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, possibilitando maior autonomia na gestão municipal e maior responsabilização do dirigente municipal (BRASIL, 2002). É alocada diretamente para o custeio de procedimentos básicos em atenção primária, como por exemplo, consultas médicas e odontológicas, exames de pré-natal, vacinação e vigilância sanitária.

Em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil, considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no país, a expansão prioritária para reorganização da atenção básica, a transformação do PSF em uma estratégia nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros, aprova o Pacto pela Saúde. Este propõe uma integração entre as esferas do governo, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica e uma gestão pública por resultados

mensuráveis pelo Governo Federal, recomendando a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao invés de PSF. (BRASIL, 2006)

Atualmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal porta de entrada do sistema, visando à formação de uma rede de serviços de saúde integrada.

As Unidades de Saúde da Família, que são unidades de atenção básica, desenvolvem ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, tendo como objeto de sua intervenção o indivíduo, a família, a comunidade e o meio ambiente.

Esta proposta busca reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, atendendo aos princípios do SUS, intervindo nas práticas desenvolvidas nas unidades de saúde da família, definindo responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, e integrando os níveis de atenção. A ESF é considerada como capaz de estender a cobertura assistencial, o acesso, favorecer a continuidade das ações de saúde, redefinir a divisão do processo de trabalho e alcançar elevada resolutividade. (ALMEIDA, 2003)

Obviamente, as pessoas têm expectativas sobre os efeitos dos cuidados de saúde na sua própria saúde e bem-estar, e como estes efeitos são atingidos. Podemos dizer, então, que em grande medida, a aceitação depende da valoração subjetiva do paciente, da eficácia, eficiência e otimização - mas não totalmente. Pode-se argumentar longamente sobre se a acessibilidade dos cuidados de saúde faz parte do conceito de qualidade por si mesma ou um atributo de cuidados. De potenciais doentes, a capacidade de obter atenção

quando necessário, e para conseguí-lo fácil e convenientemente, é um determinante importante na qualidade. (DONABEDIAN, 1990)

A ESF, quando concebida em integração com o conjunto da rede de cuidados, busca induzir transformações significativas dos sistemas de saúde, com o objetivo de combinar a extensão da cobertura com qualidade para o conjunto da população brasileira. (ROCHA, 2006)

A ESF propõe que as equipes de Saúde da Família sejam compostas minimamente por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde em uma área de abrangência com no máximo três mil pessoas ou oitocentas famílias. (BRASIL, 2006)

A figura abaixo mostra a distribuição das equipes de saúde da família em 1998.

Fig. 1 Distribuição das Equipes de Saúde da Família em 1998, BRASIL

Observa-se com esta figura que após 4 anos de implantação do PSF, poucos estados brasileiros implementaram maciçamente a sua efetivação.

A figura a seguir mostra após 15 anos de implantação da ESF no país.

Fig. 2 Distribuição das Equipes de Saúde da Família em 2009, BRASIL

Nota-se que o estado de São Paulo, após 15 anos de implantação da ESF no país, manteve-se com baixo percentual de implantação. Como a transformação de modelos no país é gradual, não compulsória, vige no Brasil, um modelo dual de atenção básica à saúde, composto de um modelo convencional, fortemente hegemônico, e pela ESF. Acredita-se que o baixo percentual de equipes de saúde da família no estado de São Paulo, seja pela presença de

muitas Unidades Básicas de Saúde (UBS), traduzindo o modelo convencional, em que apresenta em sua estrutura central atenção médica à demanda espontânea com a presença mínima do pediatra, ginecologista e clínico geral, desenvolvimento de algumas ações programáticas, mas, apresenta em algumas situações, variantes como a demarcação de uma base populacional, o emprego de agentes comunitários de saúde e de instrumentos de gestão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Com a mudança do modelo de atenção à saúde em todo território nacional, torna-se necessário consolidar a qualidade da atenção prestada por meios de ações, projetos e políticas voltados para a integração entre os diferentes níveis de atenção, qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais, entre outros exemplos, em direção aos ideais de equidade, integralidade, resolutividade e humanização do SUS. (BRASIL, 2005).

Para assistir a população, é necessário desenvolver a ESF com profissionais interessados em compreender o contexto em que o indivíduo vive, seja ele de ordem pessoal, familiar ou comunitário, com uma visão humana das situações para entender o processo saúde/doença no seu sentido mais amplo.

Os serviços de saúde ao proporcionarem o aumento de oferta quantitativa de atividades ou implementarem novas tecnologias, poderão acarretar modificações na dinâmica dos serviços que compõem o sistema local de saúde.

Assim, é esperado que esse incremento de serviços impulse modificações na atual estrutura da oferta em direção aos princípios constitucionais de universalidade e equidade.

A pesquisa do impacto das reformas dos sistemas de saúde na determinação dos níveis de saúde das populações tem auferido visibilidade progressivamente maior, ganhando destaque no final da década de 90, impulsionada pela preocupação com a sustentabilidade econômico-financeira e política dos serviços de saúde, em franca expansão nas últimas décadas, bem como o seu impacto na saúde das populações. Nas últimas décadas observa-se, ainda, uma busca de maior e melhor articulação entre os processos de produção do conhecimento e suas condições de utilização, sendo que o setor saúde é um dos que mais se beneficiaram com as mudanças do campo da ciência e tecnologia.

A despeito da ausência de concordância conceitual, entre os autores, sobre uma definição de sistema de saúde, a literatura sobre avaliação dos sistemas de serviços de saúde reconhece a importância de definir os seus limites, apontando com nitidez as áreas passíveis de intervenção direta das autoridades sanitárias (MACINKO, ALMEIDA e OLIVEIRA, 2003).

Segundo Rocha, 2006 o foco de interesse da avaliação tem sido o serviço de saúde, que são estruturas organizacionais e técnicas extremamente diversificadas, constituindo-se em objeto que desafiam categorizações e dificultam as análises que buscam identificar e mensurar a sua participação e o seu impacto sobre os problemas de saúde de populações específicas, assim como estudos e pesquisas que tenham como objetivo central de investigação a avaliação de políticas e programas sociais. Uma pesquisa promovida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), demonstrou que a produção científica sobre as políticas de saúde no Brasil no período de 1974 a 2000 era centrada na

formulação e implantação/implementação, ocupando a avaliação um lugar pouco expressivo, embora esta fizesse parte da política. Ainda muito incipiente na realidade brasileira, nos últimos 10 (dez) anos começam a surgir vários esforços de sistematização de concepções e metodologias, e sua utilização torna-se indispensável na área da saúde, notadamente na formação de uma cultura avaliativa, com análises de impactos, efeitos e resultados. Na sua grande maioria, esses estudos enfatizam as dificuldades e os desafios que se colocam na realização de pesquisas dessa natureza. (Contandriopoulos, 1997)

Dessa forma, espera-se analisar, nesse eixo, as relações entre os equipamentos e os serviços de diferentes complexidades, a diversificação do tipo de oferta direcionada para um novo modelo de atenção, e o aumento da acessibilidade e da resolutividade (SOBOL et al., 2001).

Busca-se com esta avaliação da ESF no município de Morro Agudo, estado de São Paulo, identificar processos indicativos de potencialidades e fragilidades para implementação da Atenção Primária de Saúde (APS), e favorecer a construção de intervenções positivas nesse acompanhamento, voltadas a melhorias do cuidado e da gestão.

3 OBJETIVOS

3 Objetivo Geral

Avaliar a influência dos serviços prestados pela Estratégia Saúde da Família após sua implantação, no período de 2007 a 2008, utilizando indicadores de resultado.

3.1 Objetivos Específicos

- Avaliar a melhoria dos padrões de saúde da população, através dos indicadores em estudo;
- Avaliar a melhoria de alguns dos indicadores para cada Unidade de Saúde da Família do município;

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Local do Estudo

O município de Morro Agudo – SP está situado a 378 Km da Capital do Estado, com uma área de 1.372 km², sendo o 4º município do Estado em extensão territorial. Sua população estimada em 2004 era de 27.570 habitantes. Também é o maior produtor de cana-de-açúcar do Brasil. Caracterizando assim um grande movimento populacional sazonal no período de colheita da cana-de-açúcar, principalmente vindos do estado do Piauí. Esse movimento de pessoas ao município, pode causar influências no comportamento social, como na economia, segurança, educação e saúde.

Na zona urbana habitam 25.123 pessoas e na área rural 2.919 pessoas, totalizando 28.042 habitantes, com uma densidade demográfica de 18,34 (hab./km²). A Taxa de alfabetização com 86,38%. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) é 0,767 sendo alto para a média nacional (IBGE/2005).

Com um PIB R\$ 462.107 mil e um PIB per capita R\$ 16.478,00, a principal fonte econômica da cidade é a produção de álcool e açúcar, com 2 usinas sucroalcooleiras (IBGE/2005).

4.1.1 Caracterização Sanitária do Município

À rede de esgoto estão conectadas 100% das residências. Esta sendo refeita toda a rede de esgoto do Córrego do Chapéu, os esgotos são lançados no Ribeirão do Agudo, fora da cidade.

A coleta de controle de água é feita diariamente pelo Departamento de Água e Esgoto e mensalmente pelo SUS.

O município dispõe de coleta de lixo diária, com cobertura de 100% das residências e a partir de 04 de Dezembro de 2002 a coleta de material contaminado e perfuro cortante proveniente de todos os estabelecimentos de saúde municipais e particulares incluindo Farmácias e Drogarias, sendo todo o serviço terceirizado por firma credenciada e autorizado pela CETESB. (Plano Diretor, 2008)

O município possui algumas indústrias poluentes como: As Usinas de Açúcar e Alcool, Cia Açucareira Vale do Rosário, Indústrias Yamaguchi Ltda e outras, a Prefeitura possui uma equipe de Meio Ambiente que fiscaliza estas indústrias e conta também com o apoio da CETESB.

A mortalidade infantil (por mil/nascidos vivos) é de 18,87, com uma expectativa de vida (anos) de 70,19. A Taxa de fecundidade (filhos por mulher) é de 2,48. (Plano Diretor, 2008)

Em relação à organização dos serviços de saúde, há um Centro de Saúde denominado Centro de Saúde II e duas Unidades Básicas que prestam atendimento à população, pelo modelo anterior à reforma sanitária com assistência a pacientes de livre demanda e sem continuidade; cinco Núcleos de Saúde da Família.

Também conta com um Centro Odontológico que presta assistência sem adscrição da população; um Núcleo de Saúde Mental para atendimento ambulatorial de transtornos mentais com atendimento especializado de psiquiatria, neurologia e psicologia; um centro de referência denominado Centro Integrado de Atendimento Público (CIAP) para Fisioterapia, Fonoaudiologia e Acupuntura; um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que são unidades de saúde locais e de referência para uma população adscrita, definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, substituindo o modelo de hospício e manicômios e um hospital geral, denominado Hospital São Marcos, com capacidade para 50 leitos, sendo este o único serviço de saúde com atendimento 24 horas, também para as urgências e emergências.

O município contava com apenas duas Unidades de Saúde da Família até o ano de 2005, que devido à excelente aceitação pública, surgiu necessidade de se expandir esse serviço. Caracterizam o plano deste município para a melhoria de sua atenção à saúde:

O aperfeiçoamento do modelo com a destinação exclusiva de espaço físico para os Núcleos de Saúde da Família (NSF's) em detrimento a algumas tendências em compartilhar com UBS,

O estímulo e financiamento de educação continuada nas próprias unidades, formação de pós-graduação e participação em cursos e congressos,

A prioridade na contratação de médicos com Residência em Medicina de Família e Comunidade,
A valorização salarial,
A desburocratização no acesso a recursos terapêuticos e diagnósticos,
Contratação de profissionais além da Equipe Matricial (Fisioterapeuta, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional),
A estruturação de serviços de referência e contra-referência,
O estímulo na participação da gestão de funcionários e usuários.

Como distribuição das áreas de atendimento da ESF, o município fez sua regionalização. A figura abaixo mostra a distribuição dos NSF's em Morro Agudo por área de abrangência e área do futuro NSF 4 que irá compor o quadro de unidades da ESF em Morro Agudo com uma cobertura aproximada de 60% da população.

Fig. 3. Distribuição dos Núcleos de Saúde da Família no município de Morro Agudo (SP), 2008.

4.2 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de caso que, segundo Yin (2005), é o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos e no qual há múltiplas fontes de evidências adotadas. Beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise dos dados.

Ao medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e, por outro lado, em apreciar a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está aplicada, nos efeitos da variação do tempo de implantação, os métodos apropriados para analisar a implantação de um programa são principalmente os estudos de casos (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Quanto ao tipo, Gil (2002) destaca que as pesquisas são usualmente classificadas com base em seus objetivos e que essa classificação se dá em três grandes grupos: exploratória, descritivas e explicativas.

Este estudo configura-se uma pesquisa de caráter exploratória-descriptivo centrando-se numa abordagem quantitativa. Os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado

problema, já os estudos descritivos pretendem descrever (e também analisar) os fatos e fenômenos de uma determinada realidade. (TRIVIÑOS, 1985)

A abordagem quantitativa permite revelar aspectos gerais do fenômeno avaliado permitindo uma generalização e inferência para outros contextos (TANAKA; MELO, 2001).

“Considerando-se que a abrangência dos serviços de saúde avaliada não abarca necessariamente a totalidade dos serviços oferecidos a uma determinada população de base geográfica, torna-se difícil avaliar o impacto por meio de indicadores clássicos, como incidência, prevalência, ou coeficiente de mortalidade exclusivamente. Portanto, para avaliação do resultado dos serviços será necessário identificar indicadores intermediários de modificações nas condições de saúde da população usuária dos serviços, que estejam mais fortemente relacionados com a produção realizada pelos serviços no processo de trabalho” (SOBOL et al., 2001).

4.3 Indicadores

Para análise dos resultados da implantação da ESF do Município de Morro Agudo serão utilizados alguns indicadores de processo e resultado obtidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Segundo Soboll e colaboradores (2001), os indicadores propostos para avaliação do Programa de Saúde da Família para acompanhamento do processo de trabalho e avaliação de impacto do programa correspondem a indicadores de processo, de resultado e de repercussões no sistema local de saúde. Foram acrescentados indicadores que compõem a estrutura, o processo e o resultado proposto por Donabedian (1966).

Nesta pesquisa, avaliaram-se as repercussões no sistema local, utilizando os indicadores de resultado.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo território nacional a eliminação da hanseníase, o controle de tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. (BRASIL, 2006)

Assim, selecionaram-se alguns indicadores específicos para sua utilização. As variáveis que compuseram os indicadores de resultado, estes indicadores, os sistemas de informação e os valores esperados segundo parâmetros do Ministério da Saúde (Portaria 1101 MS/GM, 2002 e Portaria 91 MS/GM, 2006) estão sendo apresentados no quadro 1.

Indicadores de Resultado Fontes de dados	Meta
proporção de encaminhamentos para outros níveis de complexidade do sistema municipal ou regional de saúde – Registros dos NSF	85% de resolatividade
Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados Sistema Municipal de Vigilância Epidemiológica - SIVE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ proporcao de cura de 85% ou mais de casos novos de tuberculose bacilíferos diagnosticados na coorte de 2006 (abril/2005 a marco/2006); ➤ aumentar ou ao menos manter o valor na coorte de 2007 (abril/2006 a marco/2007)*. ➤ UF com proporção ao maior ou igual a 80% e menor que 85%:alcançar no minimo, 85%; ➤ UF com proporção maior ou igual a 75% e menor que 80%:incrementar, no minimo, 6% no percentual anterior; ➤ UF com proporção maior ou igual a 60% e menor que 75%: incrementar, no minimo, 10% no percentual anterior; ➤ UF com proporção maior ou igual a 40% e menor que 60%: alcançar no minimo 65%; ➤ UF com proporção menor que 40%; alcançar no minimo 60%.
N.º de óbito de crianças menores de 28 dias SIAB/SIM	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reduzir em 4,3 % a mortalidade Neonatal.
N.º de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por doenças diarreicas SIAB	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reduzir a mortalidade pós-neonatal em 6,9%.
Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 40 anos e mais no mesmo local e período / População de 40 anos e mais no mesmo local e período x 10.000 HIPERDIA/SIAB/DATASUS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Redução da morbidade por complicações do diabetes mellitus e da hipertensão arterial.
Número de internações por complicações de diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Redução da morbidade por complicações do

HIPERDIA/SIAB/DATASUS	diabetes mellitus e da hipertensão arterial.
Casos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (PB 2005 e MB 2004) e curados até 31/12/2008 SIVE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ≤ 74,9% de cura em 2006, ampliar a cura, no mínimo, em 5%; ➤ de 75% a ≤ 84,9% de cura em 2006, ampliar a cura, no mínimo em 5%; ➤ de 85% a ≤ 89,9% de cura em 2006, atingir no mínimo 90% de cura; ➤ Maior ou igual a 90% de cura em 2006, manter ou ampliar a cura em relação a 2006.
Referências das equipes de SF para internações hospitalares nas clínicas básicas, urgências e emergências. SECRETARIA SAÚDE/SIAB	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 15% das consultas médicas realizadas no período.

Quadro 1. Indicadores de saúde, fontes de dados e metas/parâmetros recomendados pelo MS (Portaria 1101 MS/GM, 2002 e Portaria 91 MS/GM, 2006)

4.4 Organização e realização do trabalho de campo

Os auxiliares de pesquisa foram recrutados entre os profissionais de saúde. A seleção foi realizada através de entrevista individual. Foi avaliada a disponibilidade de dedicação de uma carga horária mínima de 30 horas, conhecimento prévio dos indicadores de saúde, experiência na área de saúde e empatia em trabalhar na atenção básica.

O treinamento teve duração de 2 horas e foi conduzido pelo pesquisador. Durante o treinamento foi explicado aos auxiliares o objetivo da pesquisa, assim como esclarecimento de dúvidas, enfatizando a importância da postura e respeito do auxiliar de pesquisa ao se dirigir à Secretaria de Saúde, Vigilância epidemiológica e Núcleos de Saúde da Família para a coleta de dados.

Os auxiliares de pesquisa foram orientados quanto às condutas a serem adotadas em situações especiais que poderiam surgir durante a coleta de dados, ficou estabelecido que o pesquisador fosse imediatamente comunicado, através de número de telefone previamente informado. Foram ainda orientados para anotarem na ficha de coleta, fato e/ou informações que identificassem como pertinentes ao estudo.

Programaram-se reuniões semanais com os entrevistadores para discussão das eventualidades ocorridas durante o trabalho e apresentação dos dados previamente coletados. Em caso de dúvidas do pesquisador sobre as questões levantadas pelos auxiliares, ficou decidido discutir com a orientadora do mesmo.

4.5 Processamento e análise dos dados

Os dados coletados na planilha (Anexo 1) foram digitados no programa Excel, pelos auxiliares de pesquisa.

Os dados obtidos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que são registrados mensalmente pelas unidades de saúde, pela secretaria municipal de saúde e pela Vigilância Epidemiológica no período de 2007 e 2008. A partir deles foram geradas as informações para elaboração de alguns indicadores de saúde tais como resolutividade, referência e contra-referência e taxas de morbimortalidade estabelecidas no pacto pela vida.

4.6 Procedimentos éticos

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, presentes na resolução do CNS 196/96 e Capítulo 4 da resolução 251/97 e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola FMRPUSP e autorização do secretário municipal de saúde do município de Morro Agudo – SP para a realização do estudo. **(APENDICE A)**

5. RESULTADOS

Dentre os processos de avaliação, a metodologia adotada foi a avaliação dos resultados sendo estes, vindos a seguir.

Os resultados obtidos foram dos anos de 2007 e 2008 e analisados na perspectiva abordada anteriormente como estudo de caso. A análise contemplou cada unidade de saúde separadamente e comparativamente, utilizando-se as metas e parâmetros recomendados pelo MS, programação anual pactuada e a produção nessa área de avaliação de resultados na Atenção Básica.

Os dados coletados pelos sistemas de informação, já descritos anteriormente, são aqueles referentes ao número de encaminhamentos para consultas médicas junto aos outros níveis de complexidade do sistema municipal ou regional (tabela 1).

Tabela 1 - Número de encaminhamentos para outros níveis de complexidade do sistema municipal ou regional, Morro Agudo (SP), 2007-2008

Ano	NSF					Total
	1	2	3	5	6	
2007	108	293	137	42	48	628

2008	97	64	169	192	68	590
Total	205	357	306	234	116	1218

Observam-se os dados referentes aos números de atendimentos em cada unidade de saúde na tabela 2.

Tabela 2 – Número de atendimentos anuais dos NSF's, Morro Agudo (SP), 2007-2008

Ano	NSF					
	1	2	3	5	6	Total
2007	9373	6875	7225	6634	591	30698
2008	6587	3755	5616	4752	1590	22300
Total	15960	10603	12841	11386	2181	52998

Ao analisar a proporção dos dados da tabela 1 com a tabela 2 forma-se uma razão denominada Resolutividade, conforme a fórmula.

$$100 - \frac{\text{número de encaminhamentos médicos}}{\text{número de atendimentos médicos}} \times 100 = \text{Resolutividade}$$

Sendo a resolutividade dado pela expressão acima, os resultados obtidos à partir dos dados da tabela 1 e tabela 2 de cada NSF por ano são:

Gráfico 1. Resolutividade dos NSF do município de Morro Agudo – SP.

Conforme avaliado, o município ultrapassou a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde que é de 85% em que o NSF 1 apresentou resolutividade de 98,8% em 2007 e 98,8% em 2008, o NSF 2 apresentou 95,7% em 2007 e 98,2%

em 2008, o NSF 3 com 98,1% em 2007 e 97% em 2008, o NSF 5 com 99,3% em 2007 e 96% em 2008 e o NSF 6 com 91,9% em 2007 e 93,8% em 2008.

Os dados obtidos por Referencia da Unidade de Saúde da Família para Urgência/Emergência são:

Tabela 3 - Referencia da Unidade de Saúde da Família para Urgência/Emergência, Morro Agudo (SP), 2007-2008.

Ano	NSF					Total
	1	2	3	5	6	
2007	28	27	42	19	8	124
2008	8	5	4	31	12	60
Total	36	32	46	50	20	184

Os dados de Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 40 anos e mais no mesmo local e período / População de 40 anos e mais no mesmo local e período x 10.000 são apresentados na tabela 4,

Tabela 4 – Número de internações por AVC na população maior de 40 anos, Morro Agudo (SP), 2007-2008.

Ano	NSF					
	1	2	3	5	6	Total
2007	1	1	0	1	0	3
2008	1	3	0	1	1	6
Total	2	4	0	2	1	9

Sendo que o Número de internações por complicações de Diabetes Mellitus segundo os dados fornecidos pelo Hospital São Marcos para o ano de 2007 ocorreram 14 casos de AVC, 5 desses casos em área descoberta pela ESF

e em 2008 ocorreram 13 casos de AVC, 6 desses em área também descoberta pela ESF.

O número de contra-referencia recebida de outros níveis de complexidade do sistema municipal ou regional de saúde não foi calculado por não haver um mecanismo de controle da sistemática de devolver os casos investigados pelas especialidades com informações tanto em nível de Secretaria Municipal de Saúde quanto pela Unidade de Saúde da Família.

Não foi possível detectar o número de cesáreas por área de abrangência do NSF, assim como o número de partos. O número total de partos no município de Morro Agudo no ano de 2007 foram 425, sendo desses 224 cesarianas e 201 partos normais e para o ano de 2008 foram realizados 366 partos, sendo desses, 150 cesarianas e 211 partos normais. Observou-se uma diminuição nas taxas de Cesariana nos anos estudados - 52,7% e 41%, respectivamente em 2007 e 2008.

Sobre taxa de Mortalidade Neonatal só ocorreu um caso no NSF 3 em 2007 por sufocamento accidental ao dormir, representando uma taxa de 3,33% (dentre 30 crianças nascidas vivas).

Sobre óbitos por diarreia em crianças menores de 1 ano, não houve nenhum caso em todo município.

Sobre os casos de Tuberculose bacilífera, só ocorreu um (1) caso em 2007 e um (1) caso em 2008 na área de abrangência do NSF 5, sendo estes curados, representando 100% de cura para a Unidade.

6. DISCUSSÃO

Os motivos que levaram a realizar esse estudo foram colocados na justificativa e estiveram subsidiados pelas transformações que ocorreram no Brasil e no mundo a cerca da saúde e nesse município.

Esperava-se que os resultados não poderiam ser apreendidos de maneira completa e ampla para explicar as transformações que ocorreram no município e a evolução da ESF no mesmo.

Gil (1999), ainda enfatiza que no estudo de caso a análise de um único ou mesmo de múltiplos casos fornece uma base muito frágil para a generalização, e que o propósito deste tipo de estudo não é o de proporcionar o conhecimento preciso das características de uma população a partir de procedimentos estatísticos, mas sim o de expandir ou generalizar proposições teóricas.

Assim, definir qualidade pressupõe um diálogo permanente entre muitos fatores variáveis que abrangem as diferentes naturezas (política, econômica, social, tecnológica) e dimensões (individual, familiar, comunitária, profissional, organizacional); visto isto, os diferentes conceitos de qualidade dos resultados propostos devem ser reconhecidos como aproximações sobre o conhecimento da realidade. (BRASIL, 2005).

A ESF constitui uma nova base de articulações intersetoriais e promove a entrada de novos cenários, sujeitos e linguagens da assistência, a sensibilidade para os aspectos socioculturais do processo saúde/doença. Dessa forma, a estratégia ganha novo ímpeto com a crescente ênfase dada à promoção da saúde, o resgate dos aspectos contextuais e institucionais como esfera de

diagnóstico e intervenção em saúde, necessidade de interação entre diferentes disciplinas e áreas do conhecimento, não ficando restrita a racionalidade biomédica (ROCHA, 2006)

Validando com estes conceitos, a essência da ESF em Morro Agudo são as parcerias desenvolvidas, tais como aquelas com as Secretarias de Educação, Cidadania, Esportes, Promotoria Pública, Conselho Tutelar, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Prefeitura, além da sociedade civil em geral. sem preterir a própria Secretaria de Saúde, a qual a ESF responde.

Tais ações denotam um dinamismo da ESF que não poderia ser estimada com os rigores estatísticos, mas como uma leitura do cenário envolvido. o trabalho de campo foi de fácil realização. Encontrou-se certa dificuldade na aceitação por parte de gerencia de uma dos NSF, que por não haver sido informada, não permitiu e não forneceu a coleta de dados, mas após resolver esse problema, ocorreu bem. Uma outra dificuldade a ser encontrada foram os dados de informação do município, que não estavam disponibilizados ou coletados. Apesar das dificuldades de coleta de alguns dados, optou-se por manter o desenho do estudo, já que o plano piloto manteva as expectativas.

6.1 A Estratégia de Saúde da Família no cenário do sistema municipal de saúde

6.1.1 A Assistência na Saúde da Família para a formação médica.

Em Fevereiro de 2007 a Prefeitura de Morro Agudo, através do gabinete do Prefeito e da Secretaria de Saúde disponibilizaram as dependências

dos Núcleos de Saúde da Família e seus profissionais para os estudantes do último ano de Medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), do curso de Medicina Comunitária, a estagiarem no Município de Morro Agudo, sob a supervisão clínica dos seus Médicos de Família e Comunidade.

A experiência tem sido grandiosa para o município, pois os alunos trazem conceitos novos aos serviços, e para os profissionais que trabalham nos Núcleos de Saúde da Família, uma vez que, com questionamentos e demandas, os alunos estimulam a capacitação permanente dos Médicos de Família.

A inserção do estudante de medicina na APS favorece uma nova concepção de cuidado por parte do profissional a ser formado, se adequando às orientações da reformulação da APS no qual passou o país na década de 80 e início da década de 90. (FORSTER, 2004)

Os alunos valorizaram práticas que não realizam comumente em nenhum outro estágio e que contribuem para uma compreensão mais abrangente da saúde na comunidade em que atuam, vivenciando o conceito do paciente como um ser biopsicossocial. Proporcionando assim também, maior habilidade, segurança e paciência no atendimento aos mesmos. (CAMPOS & FORSTER, 2008)

6.1.2 Medidas de Promoção e Prevenção no âmbito da saúde da comunidade

As ações de rastreamento de doenças são requisitos para a APS, estando inseridos a prevenção e a promoção de saúde. Em vista disso, foi

desenvolvida uma parceria com o médico oftalmologista da cidade para treinamento em rastreamento de déficit de visão, utilizando a Escala de Snellen, com o médico de família responsável pelo NSF 2 e este treinou os seus ACS.

Em associação com as escolas do município, 2.027 da 1ª série do ensino fundamental da rede municipal, foram submetidas ao Teste de Acuidade Visual pelas agentes comunitárias de saúde sob a supervisão do médico de família dessa equipe.

Após a detecção, os alunos com alteração ao teste de rastreamento foram referenciados para o oftalmologista. Alguns destes precisaram ser encaminhados ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, para procedimento cirúrgicos mais complexos de nível especializado.

Atendimentos de alunos com febre, pequenos traumas, professores doentes, doenças infecciosas e parasitárias como conjuntivite viral, sarna e piolho, acompanhamento de escolares com déficit de aprendizagem e suas famílias nos Núcleos, são também realizados pela ESF.

Outra ação desenvolvida pela ESF é o acolhimento e tratamento de pacientes e famílias em risco nas situações como usuários de álcool e drogas, carência financeira, idosos sem cuidado, mulheres vitimizadas por violência doméstica e pacientes com distúrbio psiquiátrico.

Com essas necessidades, a ESF criou um programa denominado Internação-Dia, em que os pacientes dependentes químicos ficam sob observação e realizam atividades nos NSF durante as 10 horas de funcionamento do mesmo, como uma semi-internação, podendo durar meses o período de tratamento.

6.1.3 Parcerias intersetoriais da ESF

Parcerias com o Projeto Cedro - acolhem pacientes para Internação-Dia onde estes são envolvidos em atividades de jardinagem e auxílio na cozinha numa abordagem de laborterapia.

O NSF 2 há 4 anos mantém parceria com a Escola Carlos Ângelo: a escola cedeu um terreno para uma horta, com fornecimento dos produtos vegetais ao asilo e aos pacientes com dependência química que cuidam da mesma.

Com a Igreja Católica, o NSF 3 utiliza a Casa das Pequenas Irmãs de São Felipe Neri, como recurso social para reuniões e ações na comunidade.

Como o esforço da equipe ocorreu um estímulo comunitário como participação social na criação de uma Comissão Local de Saúde para a área adscrita ao NSF 3. Realizou uma assembleia geral dos moradores com a presença de 200 pessoas, do prefeito, do promotor de justiça e líderes sociais, em que uma palestra proferida pelo médico sobre política e participação social estimulou a criação de uma Associação Local de Saúde (ALS). Esta, após 1 ano de atividades, e boa participação social, se transformou numa ONG de caráter bipartite, para as atividades de saúde no bairro com a participação da comunidade e da equipe de saúde. Tais atividades incluem campanha da dengue, bingos comunitários, fóruns de discussão sobre cidadania, festa junina com participação dos grupos da Unidade de Saúde da Família e até financiamento e patrocínio de eventos científicos como a Mostra de Saúde da Família vindo do dinheiro arrecadado da ALS. A população que compõem a diretoria da Associação Local, se sentiu responsável pela comunidade e ocorreu uma aproximação maior com a Unidade

de Saúde da Família se tornando uma grande parceira para as ações de saúde citadas a cima.

O NSF 5 há 2 anos mantém parceria com o Associação Morroagudense de Amparo ao Idoso (AMAI) - “Lar Feliz” (asilo). Os pacientes da Internação-Dia revezam no cuidado da horta em período integral e recebem os frutos monetários pelas verduras vendidas. Com as visitas semanais, médico e enfermeira prestam assistência através de consultas e atendimentos, auxiliam no plano terapêutico e na coordenação do cuidado dos internos da instituição.

O NSF 6 realizou treinamento e regência dos alunos do bairro Santo Inácio pelo Médico de Família na montagem da Fanfarra.

Parceria com a Divisão de Cultura: grupos de artesanatos para crianças, mulheres e pacientes depressivos.

Exposição de trabalhos manuais de pacientes no bazar “Mãos que criam”, que é uma feira municipal que ocorre duas vezes ao ano, de grande repercussão Distrital.

O Programa de Renda Complementar (RECOM) constitui-se de um auxílio financeiro concedido pela Prefeitura de Morro Agudo para os cidadãos em vulnerabilidade social e carência financeira. A ESF tem uma cota semestral de 20 vagas para selecionar, entre os assistidos pelos Núcleos de Saúde da Família, usuários com dependência de drogas e álcool. Dá-se preferência para os dependentes de múltiplas drogas, associado ou não ao álcool e com risco social importante. Os selecionados prestam serviços na própria unidade de saúde (cozinha, limpeza, jardinagem e zeladoria) ou na área de cobertura (varrição de ruas e limpeza de terrenos) e recebem um auxílio financeiro pelo período máximo

de um ano, quando nova seleção é realizada. Há também uma ação de parceria com o Poder Judiciário e Conselho Tutelar, acolhendo no RECOM usuários dependentes e envolvidos em conflitos familiares (como violência doméstica ou negligência infantil). Essa parceria permite uma colaboração mútua entre a Promotoria e as Equipes de Saúde da Família para bem-estar de toda a comunidade.

A ESF também faz o atendimento de pacientes menores de 18 anos para uso de cigarro, álcool e drogas, pacientes com conflito e/ou distúrbio familiar no Núcleo de Saúde Mental.

Com o Hospital São Marcos, são realizados plantões noturnos e diurnos, no setor de Urgências, com escalas dos Médicos de Família para assistência da população.(integralidade da assistência)

A Divisão Municipal de Esportes, em parceria com a ESF, presta atividade física nos Núcleos monitorada por estagiários de Educação Física.

6.2 Avaliação dos resultados gerais da ESF em Morro Agudo

Indicador	Meta	Resultado / Ano	
		2007	2008
Resolutividade	85% de resolutividade	99,12%	97,35%
Casos de Tuberculose bacilífera. *	➤ 85	1	1
Mortalidade Neonatal *	➤ 1	1	0
N.º de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por doenças diarreicas .	➤ Reduzir a mortalidade pós-neonatal em 6,9%.	0	0
Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC) na população de 40 anos e mais no mesmo local e período / População de 40 anos e mais no mesmo local e período x 10.000	Referência - < 33,5/10.000 Meta - reduzir o resultado do período anterior	3	6
Número de internações por complicações de diabetes mellitus	➤ 6	14	13
Taxa de Cesariana	➤ Reduzir o resultado do período anterior	52,7%	41%
Número de casos de Hanseníase *	➤ 80	0	0
Urgência	➤ 15% das consultas médicas realizadas no período.	0,4%	0,3%
Contra-referencia	➤ 100%	**	**

Tabela 5 – Quadro de resultados gerais do município para os anos de 2007 e 2008. Morro Agudo – SP.

* Conforme a Portaria 91, para os municípios com menos de 80.000 habitantes, esse valores são absolutos.

** Não existe dados fornecidos para este valor

Para o município de Morro Agudo, este atingiu uma resolutividade de 99,12% para o ano de 2007 e de 97,35% para o ano de 2008, sendo um indicador de qualidade do sistema. Evidencia-se, assim, uma taxa muito elevada em comparação a outros municípios como em Ribeirão Preto, nas áreas do Distrito Oeste atingiram uma resolutividade de cerca de 90% (QUAGLIATO, et al, 2008) e PINTO et al, 2005).

Observa-se que para esse indicador, utilizou-se o número de consultas médicas. No ano de 2007 o número de consultas foi maior que o ano de 2008. Pode-se depreender disso que, inicialmente quando se instala uma Unidade de Saúde da Família a demanda é maior, pois as necessidades de cuidado são maiores e o acesso se torna melhor. Com o passar do tempo, após as intervenções, a demanda reprimida se torna menor, necessitando de menos consultas médicas na unidade. (STARFIELD, 2002)(OMS, 2008)

A taxa de resolutividade do ano de 2007 para 2008 ficou menor, mas como os índices estão elevados, a diferença não se faz significativa.

Conforme Macinko (2007) o acesso a AB pode mudar a prevalência de Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISABs), que são condições pelas quais a internação hospitalar deveria ser evitável se os serviços de atenção básica fossem efetivos e acessíveis. Pode-se usar o ISAB como um indicador “genérico” para monitorar o desempenho (efetividade) do sistema de atenção básica.

Assim, os diagnósticos de óbitos por doenças diarreicas em menores de 1 ano, é classificado como uma ISAB. Como no município de Morro Agudo, não teve óbitos, pode-se afirmar que a cobertura por esta morbimortalidade está adequada, não podendo afirmar que ocorreu interferência pela AB.

Os dados de AVC na população de 40 anos ou mais, estão também ligados a uma rede de atenção básica eficiente, pois repercutem seguimento dos pacientes. Quanto ao município de Morro Agudo o número total para o ano de 2007 foi de 3 casos e para o ano de 2008, foram de 6 casos, esses valores são pequenos para uma população de cerca de 30.000 habitantes sendo esta diferença de valores absolutos pouca. Observa-se também um bom controle do município para AVC, mesmo o Pacto da Saúde estabelecendo uma redução de 50% para o ano anterior. Estando também ligado diretamente à cobertura da atenção básica. (MACINKO, 2007)

Para o Número de Complicações de Diabetes Mellitus (DM), ocorreram 14 para o ano de 2007 com 5 casos descobertos pela Saúde da Família e para o ano de 2008 ocorreram 13 casos com 6 desses casos em área descoberta pela Saúde da Família. Ao analisá-los, observa-se uma redução do total de complicações por DM, e também uma redução pelas áreas cobertas pela ESF, sinalizando uma intervenção positiva no combate às doenças crônicas.

Sobre a Taxa de Mortalidade Neonatal, só o ocorreu 1 caso no município no ano de 2007, representando uma taxa de 3,33%, cumprindo a meta para este município. Para o ano de 2008 não ocorreu nenhum caso, representando melhoria para estes indicadores. (MACINKO, 2006)

Sobre a taxa de Cesáreas pelo município, o mesmo apresentou no ano de 2007, 425 partos, sendo desses, 224 cesarianas e 201 partos normais obtendo uma taxa de 52,7% cesarianas. Para o ano de 2008, o município apresentou 366 partos, sendo desses, 150 cesarianas, obtendo uma taxa de 41%. Apresentou assim uma diminuição da taxa de cesariana de cerca de 11% de um ano para o

outro. Com maior cobertura da atenção básica, ocorre maior número de consultas de pré-natal, e o maior número de consultas de pré-natal está diretamente ligado à redução dos números de cesarianas e suas ocorrências. (MACINKO, 2006)

Sobre as referências para urgência/emergência, ocorreu uma diminuição de 0,4% para 0,3%. Avalia-se que mesmo sendo um valor pequeno, ocorreu uma diminuição desta taxa com o passar dos anos de implantação da AB, que em valores absolutos foi de 124 encaminhamentos para 60 de 2008 com um total de atendimentos de 30698 em 2007 e 22300 em 2008, apontando uma forte influência da APS. (MACINKO, 2007)

O número de fichas de contra-referencia recebidas de outros níveis de complexidade do sistema municipal ou regional de saúde não foi calculado por não haver um mecanismo de controle da sistemática de devolver os casos e/ou orientações de seguimento pelas outras especialidades médicas. Tal controle não ocorreu tanto em nível municipal, quanto na própria Unidade de Saúde da Família, observando-se que também não ocorreu por parte do profissional médico um hábito de contra-referencia. Representando assim um desafio a ser desenvolvido tanto em âmbito municipal, quanto em nacional. (OMS, 2008)

6.3 Resultados específicos nos núcleos de saúde da família

Os dados que se seguem se relacionam às unidades de Saúde da Família ou NSF. Cada unidade de saúde foi analisada como um caso específico.

6.3.1 NSF 1

Esta unidade teve sua fundação no ano de 2001, porém passou por diversas mudanças no quadro de profissionais, inclusive médicos, e em sua estruturação física. No ano de 2006 ocorreu uma melhor fixação do médico e da equipe, mas estava instalada em um local em que antes era uma UBS. No ano de 2007, iniciaram-se os trabalhos de outro médico que se manteve fixo nos 2 anos de estudo, mas no ano de 2008, ocorreu a inclusão de outros profissionais médicos, que atendiam a demanda da Unidade Básica.

Nesta Unidade de Saúde da Família, houve 108 e 97 encaminhamentos para outras especialidades, respectivamente em 2007 e 2008. Observou-se uma pequena diferença no número de encaminhamentos entre os dois anos, mantendo-se assim uma tendência.

O número de consultas médicas, no ano de 2007 foi de 9373 atendimentos e no ano de 2008, de 6587. Claramente no primeiro ano, ocorreu maior número de atendimentos, possivelmente explicada por uma demanda antes reprimida. (STARFIELD, 2002)

As Taxas de Resolutividade alcançaram valores de 98,8% para 2007 e 98,5% para 2008, apontando para uma variação pequena entre elas, mantendo-se

a proporcionalidade do atendimento e as taxas de encaminhamento em nível muito satisfatório. (MS, 2006)

Quanto as referências para assistência de Urgência/Emergência, observou-se que declinaram de 28 no ano de 2007, para 8 em 2008. Tal resultado pode expressar uma melhoria da ação da atenção primária, com a diminuição dos agravos e melhor fixação do profissional médico.

O número de internações por AVC na população não se alterou, representando uma constante no período de dois anos do estudo. (MACINKO, 2007)

O número de internações por complicações de Diabetes Mellitus não pode ser analisado por unidade de saúde, devido à fonte de informação ser o Hospital São Marcos, portanto dados secundários. Assim, foi possível realizar a avaliação em base populacional municipal, tal como a Taxa de Cesarianas.

Sobre a Taxa de Mortalidade Neonatal: não ocorreu óbito neonatal nesse período, podendo supor que nessa área, a APS como parte do conjunto de fatores que atuam sobre esse indicador pode ter uma contribuição sobre o resultado desse indicador.

Quanto aos óbitos por diarreia em crianças menores de 1 ano, não houve nenhum caso em todo município.

Na área de abrangência não ocorreu nenhum caso de Tuberculose bacilífera, nem de Hanseníase, podendo-se depreender que a APS não piorou os indicadores elaborados com casos novos das duas doenças. A importância desses resultados para a formulação do termo de compromisso, da programação

pactuada integrada, e para o bloco do financiamento da Atenção Básica (MS, 2006)

6.3.2 NSF 2

Esta unidade de Saúde da Família foi fundada no ano de 2004. No ano de 2005, a prefeitura realizou a primeira contratação de um médico especialista em Medicina de Família e Comunidade, desempenhando suas atividades, em local que antes funcionava uma UBS. Sendo que em 2008, ocorreu a inserção, também de outros profissionais médicos, caracterizando um funcionamento misto da atenção básica.

Nesta Unidade de Saúde da Família, no ano de 2007, ocorreram 293 encaminhamentos para outras especialidades e 64 encaminhamentos no ano de 2008. Observou-se uma grande variação no número de encaminhamentos entre os dois anos. No ano de 2008, o médico desta unidade que também desempenha o papel de Coordenador da Atenção Primária, em virtude da necessidade de estreitar sua atuação, reduziu sua carga horária junto à Unidade para estar mais presente nas funções de coordenação e planejamento da Estratégia no município.

Foram realizadas 6875 e 3755 consultas médicas em 2007 e 2008, respectivamente. O declínio na produção de 2007 para 2008 deveu-se a redução da carga horária do médico de família, pois o profissional médico assumiu a função de coordenador da Saúde da família no sistema local de saúde. Não houve

demanda reprimida no início do NSF 2 porque já existia a UBS, que foi substituída pela ESF.

Com a Taxa de Resolutividade que foi de 95,7% para 2007 e 98,2% para 2008, observou-se uma melhoria nesta taxa, que já se encontrava elevada. Podendo avaliar que ocorreu resolução dos casos de morbidades mais graves nos anos anteriores, ou melhorou a capacitação do profissional médico. Neste período em estudo não ocorreram mudanças na forma de referência no âmbito regional, portanto não ocorreu esta interferência.

A exemplo do que ocorreu com o NSF1, houve também queda no número de casos de referências para a Urgência/Emergência, que foi de 27 e 5 em 2007 e 2008, respectivamente. Tal indicador pode representar uma melhora da ação da atenção primária, diminuindo os agravos, além da diminuição das horas de atendimento.

O número de internações por AVC na população variou de 1 em 2007 para 3 em 2008, representando piora neste indicador. Ao analisar mais detidamente, observou-se que esta população especificamente, é composta prioritariamente por imigrantes vindos do estado do Piauí. Esta população constituiu um ciclo de emigração de um ano, chegou em condições diversas de saúde, e na maioria das vezes em pior estado de saúde do que a população local. A eficácia dos cuidados de prevenção e promoção para as causas evitáveis do perfil de morbimortalidade do nível primário em geral é baixa provavelmente porque o tempo de observação era curto para observar modificações nos hábitos de vida dessa população.

O número de internações por complicações de Diabetes Mellitus não foi possível diferenciar por unidade de saúde, devido ao fato de que os dados secundários do Hospital São Marcos têm base populacional municipal, não sendo possível recuperar os registros de endereço das pessoas internadas para verificar a adscrição ao NSF2, tal como a taxa de cesarianas.

O número de encaminhamentos desta unidade em 2007 foi de 293 em 2007 e de 64 em 2008. Observou-se uma redução importante no número de casos encaminhados.

Sobre a Taxa de Mortalidade Neonatal, não ocorreu óbito neonatal nesse período, podendo supor que nessa área, a APS não piorou esse indicador.

Sobre óbitos por diarreia em crianças menores de 1 ano, não houve nenhum caso em todo município.

Sobre os casos de Tuberculose bacilífera, não ocorreu nenhum caso nessa área de abrangência, podendo depreender que a APS não prejudicou tal indicador em termos de incidência.

Sobre os casos de Hanseníase, não ocorreu nenhum caso em todo o município, sendo este também um indicador que foi avaliado na atenção municipal.

6.3.3 NSF 3

Esta unidade de Saúde foi fundada em setembro de 2006 e manteve-se com a presença do mesmo médico desde a sua fundação e durante todo o período em estudo, funcionando como uma Unidade de Saúde da Família simples e um grande vínculo e confiança com a população adscrita.

Para esta Unidade de Saúde da Família, no ano de 2007 apresentou 137 encaminhamentos para outras especialidades e 169 encaminhamentos para o ano de 2008. Observa-se uma pequena diferença no número de encaminhamentos entre os dois anos, mantendo-se assim uma linearidade.

Para o número de consultas médicas, no ano de 2007 apresentou 7225 atendimentos e para o ano de 2008, apresentou 5616. Claramente para o primeiro ano, ocorreu maior número de atendimento, possivelmente devido ao número de demanda reprimida.

Com a Taxa de Resolutividade que foi de 98,1% para 2007 e 97% para 2008, observa-se variação insignificante, mantendo a proporcionalidade do atendimento e taxa muito satisfatória.

Para as referências para a Urgência/Emergência, esta teve um número de 42 para o ano de 2007 e 4 para o ano de 2008, apresentando um declínio. Tal indicador pode representar uma melhora da ação da atenção primária, diminuindo os agravos. Para esta unidade especificamente, com melhoria na sua estrutura física e treinamento e capacitação da equipe no acolhimento e na classificação de riscos, muitos casos que antes eram referenciados, puderam ser tratados na mesma unidade, melhorando a qualidade de atenção à população usuária.

O número de internações por AVC na população não ocorreu no período em estudo.

O número de internações por complicações de Diabetes Mellitus não foi possível diferenciar por unidade de saúde, devido à fonte de informação do Hospital São Marcos, servindo apenas como avaliação do Município, tal como a Taxa de Cesarianas.

Sobre Taxa de Mortalidade Neonatal só ocorreu um caso no NSF 3 em 2007 por sufocamento accidental ao dormir, representando uma taxa de 3,33% (dentre 30 crianças nascidas vivas). Representando uma piora deste indicador, nesse período avaliado, podendo inferir que a população ainda não estava devidamente orientada, neste curto período sobre os cuidados com o recém-nascido.

Sobre óbitos por diarreia em crianças menores de 1 ano, não houve nenhum caso em todo município.

Sobre os casos de Tuberculose bacilífera, não ocorreu nenhum caso nessa área de abrangência, podendo depreender que a APS não piorou tal indicador em termos de incidência.

Sobre os casos de Hanseníase, não ocorreu nenhum caso em todo o município, sendo este também um indicador que foi avaliado na atenção municipal.

6.3.4 NSF 5

Esta Unidade de Saúde Família, iniciou suas atividades no mês de fevereiro de 2006 e até o ano de 2007 ocorreu a presença do mesmo médico. Para o ano de 2008, ocorreu a saída do mesmo ficando 4 meses sem atendimento estável, somente substituições por parte dos outros médicos de família por algumas horas do mês, até a contratação de outro profissional, provocando algumas mudanças de indicadores a seguir.

Nesta Unidade de Saúde da Família, no ano de 2007, houve 42 encaminhamentos para outras especialidades e 192 encaminhamentos no ano de 2008. Possivelmente, no ano de 2008, como ocorreu perda da linearidade e continuidade do atendimento, necessitou-se maior número de encaminhamentos.

O número de consultas médicas, no ano de 2007, foi de 6634 atendimentos e no ano de 2008, foi de 4752. Observa-se que no primeiro ano, ocorreu maior número de atendimentos, possivelmente pelo já explicado anteriormente.

A Taxa de Resolutividade que foi de 99,3% para 2007 e 96% para 2008, manteve-se elevada, mas observa-se uma queda para o ano de 2008, devido aos fatores explicados acima.

Para as referências para a Urgência/Emergência, esta teve um número de 19 para o ano de 2007 e 31 para o ano de 2008.

Conseqüências dos fatores também citados anteriormente, as referências para urgência/emergência e a Taxa de Resolutividade são estritamente sensíveis para a APS necessitando maior demanda da atenção

secundária, quando não ocorre principalmente continuidade e longitudinalidade no atendimento.

O número de internações por AVC na população não se alterou, representando uma constante não podendo estimar a interferência da APS no período.

O número de internações por complicações de Diabetes Mellitus também não foi possível diferenciar por unidade de saúde, devido à fonte de informação do Hospital São Marcos, servindo apenas como avaliação do Município, tal como a Taxa de Cesarianas.

Sobre a Taxa de Mortalidade Neonatal, não ocorreu óbito neonatal nesse período, podendo supor que nessa área, a APS não piorou esse indicador.

Sobre óbitos por diarreia em crianças menores de 1 ano, não houve nenhum caso em todo município.

Sobre os casos de Tuberculose bacilífera, só ocorreu um (1) caso em 2007 e um (1) caso em 2008 na área de abrangência do NSF 5, sendo estes curados, representando 100% de cura para a Unidade. Não ocorrendo contágio aos contactantes e tratados. Representando ação eficaz para esta área de abrangência.

Sobre os casos de Hanseníase, não ocorreu nenhum caso em todo o município, sendo este também um indicador que foi avaliado na atenção municipal.

6.3.5 NSF 6

Este Núcleo de Saúde da Família ou Unidade de Saúde da Família, abrangendo uma população rural de 240 famílias iniciou suas atividades em setembro de 2007 apresentando algumas alterações específicas em seus indicadores.

Esta Unidade de Saúde da Família, no ano de 2007 apresentou 48 encaminhamentos para outras especialidades e 68 encaminhamentos para o ano de 2008, refletindo claramente o menor tempo de funcionamento em 2007.

O número de consultas médicas, no ano de 2007 foi de 591 atendimentos e no ano de 2008, de 1590, devido prioritariamente aos fatores explicados anteriormente.

Com a Taxa de Resolutividade que foi de 91,9% em 2007 e 93,6% em 2008, observa-se uma melhoria, refletindo-se numa melhor atuação do profissional médico e de sua equipe para a resolução dos problemas.

Para as referências para a Urgência/Emergência, esta teve um número de 8 para o ano de 2007 e 12 para o ano de 2008, devido ao maior número de atendimentos no ano de 2008

O número de internações por AVC na população foi de 1 em 2008, não tendo ocorrido nenhuma em 2007, podendo significar uma melhoria na atenção e na promoção destes agravos.

O número de internações por complicações de Diabetes Mellitus não foi possível diferenciar por unidade de saúde, devido à fonte de informação do

Hospital São Marcos, servindo apenas como avaliação do Município, tal como a Taxa de Cesarianas.

Sobre a Taxa de Mortalidade Neonatal, não ocorreu óbito neonatal nesse período, podendo supor que nessa área, a APS não piorou esse indicador.

Sobre óbitos por diarreia em crianças menores de 1 ano, não houve nenhum caso em todo município.

Sobre os casos de Tuberculose bacilífera, não ocorreu nenhum caso nessa área de abrangência, podendo depreender que a APS não piorou tal indicador em termos de incidência.

Sobre os casos de Hanseníase, não ocorreu nenhum caso em todo o município, sendo este também um indicador que foi avaliado na atenção municipal.

7. CONCLUSÕES

“As evidências têm demonstrado que, para a APS beneficiar a saúde da população, os serviços também devem ser de boa qualidade técnica – uma área que requer uma atenção adicional considerável em toda a região. Por fim, é preciso mais quanto à avaliação dos sistemas de saúde em geral, e da APS em particular. Um compromisso com os sistemas de saúde baseados na APS exigirá um fundamento mais completo em evidências, investimentos apropriados feitos na avaliação e na documentação de experiências (nas Américas e além) que permitam o desenvolvimento, a transferência e a adaptação das melhores práticas.” (OMS, 2005)

Para este, conclui-se que de certa forma a APS influenciou positivamente no sistema de saúde apontando algumas questões, mas necessitando de melhorias e futuras sugestões.

O trabalho de campo correspondeu às expectativas, já que eram previstas dificuldades que já seriam inseridas na avaliação do município como comunicação entre os setores através de secretaria de saúde.

O material e método cobriu as expectativas, já que a avaliação de bancos de dados secundários através da coleta estaria com certa dificuldade por falta de planejamento e escolha de indicadores locais de saúde para avaliar o processo, estrutura e resultado da APS. Sendo acertada a escolha dos indicadores em estudo, porém o tempo curto de estudo dificulta melhor averiguação dos mesmos.

7.1 Avaliação Municipal

No tocante a esse objetivo conclui-se que: ocorreu melhora nos indicadores de mortalidade neonatal, internações por complicações de diabetes mellitus, na taxa de cesariana e ao referenciamento de urgência/emergência do ano de 2007 para o ano de 2008. Sendo que a taxa de mortalidade neonatal do município já se encontra em níveis bastante reduzido, assim como a taxa para urgências/emergências, sendo esta referência da atuação de uma APS mais estruturada, mostrando-se bem melhor que as metas estabelecidas. Já as complicações por diabetes mellitus necessitam de melhora da ação da AB. As taxas de cesarianas obtiveram maior atenção no último ano, mas ainda se encontram elevadas, necessitando também esforço constante para este indicador, porém, ligado à realidade do município e ao profissional obstetra.

As taxas de resolutividade encontram-se bem acima da meta estabelecida, podendo depreender pelo nível técnico de formação do profissional médico, que mesmo que diminuindo de 99,12% para 97,35%, exerce sua influência.

O número de óbitos de crianças menores de 1 ano não ocorreu, tal como a taxa de hanseníase, mantendo-se nulos os casos.

O número de casos de tuberculose manteve-se 1 sendo tratado e curado.

Porém a número de internações por AVC aumentaram. Sendo este um evento súbito, com pouca variação de um ano para outro, conclui-se que este

indicador necessitaria de maior tempo de estudo para avaliar uma influência da APS.

Sobre a contra-referência, este indicador não apresentou nenhuma fonte de dados para alimentá-lo. Nem no campo das unidades, nem no campo municipal ou regional. Servindo como sugestão para efetivação deste instrumento de avaliação no processo de organização do sistemas de saúde.

7.2 Avaliação dos NSF

Sobre a taxa de resolutividade os NSF 1, 3 e 6 tiveram valores mais constantes, refletindo uma fixação maior do profissional médico nestas unidades, gerando uma linearidade maior no atendimento.

Essa linearidade, pode ser associada também com a taxa de referenciamento para urgência/emergência em que no NSF 5, ocorreu maiores interrupções, devida a fixação do profissional médico, sendo este a única unidade de saúde da família com aumento na atenção secundária de urgência, salvo o NSF 6 que ocorreu maior tempo de atendimento para o ano de 2008, sendo inaugurado em setembro de 2007.

O número de internações por AVC, ocorreu um aumento para o NSF 2, mas este indicador apresenta dificuldades maiores de aferição, principalmente ao período curto.

Ocorreu melhora na mortalidade neonatal, podendo refletir melhora no puerpério imediato e atendimento precoce no desenvolvimento infanto-juvenil.

Conclui-se também que o interesse do poder público no âmbito municipal para a ESF é um fator preponderante no processo de organização do sistema quer seja na contratação dos profissionais de saúde, tal como, a contratação de todos os médicos com Residência e Medicina de Família e Comunidade, pela formação adequada para a realização da Estratégia de Saúde da Família, quer na viabilização do sistema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. As três esferas do governo e a construção do SUS: uma revisão.

Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 207 – 220, set/dez, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde) de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização de serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 de setembro de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.203 de 5 de novembro de 1996 Norma Operacional da Básica – NOB/96. **Diário Oficial da União**, 6 de novembro de 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N.º 373/GM de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, 28 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade e qualificação da Estratégia Saúde da Família.** Manual Preliminar, Etapa: Teste Piloto do Instrumento. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica/Séries Pactos pela Vida.** Vol 4 – Brasília, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria 91 MS/GM, 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. *Diário Oficial*, Brasília, 2007.

CAMPOS, M. A. F; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de Medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Vol 32, n 1, pg 83 – 89, Rio de Janeiro, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos In: HARTZ, Z.M. A; SILVA LM. (Org.) **Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas.** Rio de Janeiro. Fiocruz, 1997.

DECLARATION OF ALMA-ATA: Internacional Conference on Primary Health Care, WHO (World Health Organization). **Primary health care.** Geneva. 1978.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.

DONABEDIAN, A. *Evaluating the quality of medical care*. **Milb Mem Fund Quart** 44: 166-206, 1966.

DONABEDIAN, A. *Veinte años de investigación en torno de la calidad de la atención media 1964 -1984*. *Salud Pública de México*, 8 (3):243-265, 1988.

DONABEDIAN, A. *The Seven Pilars of Quality*. **Arch Patol Lab Med**. n. 114, p 114-118, 1990.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, 5. ed. São Paulo. Atlas, 1999.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia Estatística), **Cidades@**. Disponível em: <http://www.ibge.com.br/cidadesat>. Acesso em: 20 jan. 2009.

IBGE Indicadores Demográficos. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/brasil em sintese](http://www.ibge.gov.br/brasil_em sintese). Acesso em: 20 jan. 2009.

FORSTER, A. C. **Estudo sobre a formação em atenção primaria e medicina de família no Curso de Medicina da Universidad Autónoma de Madrid, Espanha, 1999/2000**. 2004. Tese (Livre-Docência) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GROSSE-TEBBE, S; FIGUERAS, J. et al. *Snapshots of health systems*.

Organizational reform in European primary care. World Health Organization (WHO-Europe). Glasgow, 2005.

HAINES, A; HORTON, R; BHUTTA, Z. *Primary health care comes of age. Looking forward to the 30th anniversary of Alma-Ata: call for papers.* **The Lancet.** v. 370, set. 2007

QUAGLIATO, F.F. et. Al. Resolutividade e qualidade da Atenção Básica: alguns aportes operacionais in: Anais do 9º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade e 2º Congresso Cearense de Medicina de Família e Comunidade, Fortaleza – Ceará, 01 a 04 de maio de 2008

LEVCOVITZ, E. et al. Produção do Conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974 – 2000). Brasília, DF: Ministério da Saúde/OPS; [s.d.]. (?)

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** Rio de Janeiro, v 2, n 5, p 23 – 29, abr/jun, 2006.

MACINKO, J; ALMEIDA, C; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma

metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243 – 256, set/dez., 2003.

MACINKO, J; GUANAIS, F. C; SOUZA, M. F. M. *Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002*. Journal of Epidemiology and Community Health, 2006.

MACINKO, J; DOURADO, I; OLIVEIRA, V. B. *Interações Sensíveis à Atenção Básica no Brasil. Projeto ISAB Brasil*. New York University, Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, NESCON/UFMG, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Departamento de Atenção Básica (DAB). **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação - competência DEZEMBRO/2008** Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf . Acesso em 6 jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS. Agosto de 2005

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008**. Cuidados de Saúde Primários, Agora Mais que Nunca. Ed. Alto Comissariado de Saúde, Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal, 2008.

OTERO, A. P; HERNANDEZ, P.J.S; PALOMER,R.M. ***Mejora de La calidad en Atención Primaria***. In: MARTIN ZURRO, A & CANO PÉREZ, J.F. ***Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica***. Madrid, Harcourt Ed., 1999.

PINTO, D. M; SANTOS, L.L; ROSE, I. Resolutividade de um Núcleo de Saúde da Família da USP/RP. in: Anais do 2º Congresso Paulista de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, 2005

PLANO DIRETOR, Plano Municipal de Saúde: Morro Agudo – SP, 2008.

ROCHA, P. M. Avaliando a Qualidade em Atenção Primária em Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 132 – 140, jan/mar, 2006.

SOBOL, M. L. M.S et al. Sistemas de informação em saúde, mecanismo de controle, de auditoria e de avaliação. In: WESTPHAL, M.F. & SAMPAIO, E. **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização, Municipalização do SUS**. São Paulo, Edusp, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SALTMAN, R. B; RICO, A; BOERMA, W. G. W. ***Primary care in the driver's seat?*** Organizational reform in European primary care. World Health Organization (WHO-Europe). Glasgow, 2006.

TANAKA, O. Y; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** 4 ed. São Paulo. Atlas, 1985.

UCHIMURA, K.Y. BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. **Cadernos de saúde pública**, 2002.

VIANA, A. L. D'A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11 – 48.

YIN, R.K. Estudo de Caso: planejamento e método. 3 ed. Porto Alegre. Bookman, 2005.

APÊNDICE A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Daniel Moreira Pinto, aluno matriculado no Programa de Pós-Graduação, mestrado em Saúde na Comunidade no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, sob a orientação da Professora Dra. Aldáisa Cassanho Forster, solicito a realização da pesquisa neste município chamada **“AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE – MORRO AGUDO, SP”** em que irei realizar entrevistas na população e coleta de dados.

Agradeço sua importante colaboração e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

Morro Agudo,de.....de 2008

CERTIFICADO DE AUTORIZAÇÃO

Declaro ter sido esclarecido sobre as condições de pesquisa e autorizo a realização neste município.

Data:

Secretário Municipal de Saúde: Sra. Daiana Cristina Coelho Stolarique

Assinatura:

ANEXO 1

COLETOR DE DADOS			
Secretaria Municipal de Saúde			
VARIÁVEL	NSF	ANO	
		2007	2008
Número de encaminhamentos para outros níveis de complexidade do sistema municipal ou regional de saúde no período de 2007 a 2008	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de contra-referência recebida de outros níveis de complexidade do sistema municipal ou regional de saúde	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de Cesáreas	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de Partos realizados	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Referências da equipes de SF para internações hospitalares nas clínicas básicas, urgências e emergências.	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Vigilância Epidemiológica			
Casos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (PB 2005 e MB 2004) e curados até 31/12/2008	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de óbitos femininos por causas maternas (obstétricas diretas, indiretas e não especificadas - 095)	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		

SIAB			
N.º de óbito de crianças menores de 28 dias	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
N.º de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por doenças diarreicas	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 40 anos e mais no mesmo local e período relacionados a DM	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 40 anos e mais no mesmo local e período relacionados a HAS	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de crianças menores de 28 dias	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de crianças menores de 1 ano	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 40 anos e mais no mesmo local e período relacionados a DM	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 40 anos e mais no mesmo local e período relacionados a HAS	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
HIPERDIA			
Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 40 anos e mais no mesmo local e período relacionados a DM	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de internações por acidente vascular cerebral (AVC)* na população de 40 anos e mais no mesmo local e período relacionados a HAS	1		
	2		
	3		

	4		
	5		
	6		
SIM			
N.º de óbito de crianças menores de 28 dias	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
DATASUS			
Número de crianças menores de 28 dias	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de crianças menores de 1 ano	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de óbitos femininos por causas maternas (obstétricas diretas, indiretas e não especificadas - 095)	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
IBGE			
Número de crianças menores de 28 dias	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
Número de crianças menores de 1 ano	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		