

PSF - PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - COMPARANDO A
MORTALIDADE INFANTIL, COBERTURA VACINAL E
HOSPITALIZAÇÕES, ENTRE MUNICÍPIOS COM E SEM O
PROGRAMA NO ESTADO DE SÃO PAULO.

MARIÂNGELA GUANAES BORTOLO DA CRUZ.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de
Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do Grau de Mestre.

Área de concentração: Saúde das Famílias

Orientador: Prof. Dr. JOÃO YUNES (in memoriam)

São Paulo

✓ 2002

**PSF- PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – COMPARANDO A
MORTALIDADE INFANTIL, COBERTURA VACINAL E
HOSPITALIZAÇÕES, ENTRE MUNICÍPIOS COM E SEM O
PROGRAMA NO ESTADO DE SÃO PAULO.**

MARIÂNGELA GUANAES BORTOLO DA CRUZ.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de
Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para obtenção do grau de mestre.

Área de Concentração: Saúde das Famílias.

Orientador: Prof. Dr. JOÃO YUNES (in memoriam)

São Paulo

2002

*Mestre Yunes, comemoremos juntos este trabalho e meu muito
obrigada hoje e sempre.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido mestre Yunes pela orientação, incentivo, paciência, educação, saber e conduta exemplares.

Ao Renato e ao André pela compreensão da minha ausência como esposa e mãe e pelo incentivo sempre dado.

Aos meus pais e irmã pelo apoio e suporte eternos.

Aos meus colegas da Secretaria de Estado da Saúde que contribuíram com sugestões e material para a concretização dessa dissertação.

RESUMO

Cruz MGB da. **PSF- Programa de Saúde da Família – comparando a mortalidade infantil, cobertura vacinal e hospitalizações, entre municípios com e sem o programa no Estado de São Paulo.** São Paulo; 2002 [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo. Analisar o comportamento de três indicadores de saúde: 1) mortalidade infantil (CMI), 2) cobertura vacinal e taxa de abandono da vacina DPT e 3) hospitalizações em municípios com e sem a presença do PSF. **Metodologia.** O universo de estudo é constituído por 14 municípios paulistas, agrupados em dois Blocos de sete municípios, denominados A e B, que se diferenciam por possuírem (Bloco A) e não (Bloco B) a implantação do Programa de Saúde da Família- PSF, e pelo Estado de São Paulo. O universo foi caracterizado segundo: a demografia (número de habitantes e suas distribuições por faixa etária e urbano/rural), regional de saúde pertencente, índices sociais (Índice de Desenvolvimento Humano- IDH e Índice Paulista de Responsabilidade Social- IPRS), recursos de saúde disponíveis (unidades básicas de saúde- UBS e leitos hospitalares- LH), inclusão no Programa de Combate às Carências Nutricionais- PCCN e tipo de gestão em saúde. Como indicadores analisados: mortalidade infantil (de 1990 a 2000 e triênios 1995-1997 e 1998-2000), cobertura vacinal básica (de 1996 a 2000), taxa de abandono da vacina DPT (de 1998 a 2000 e triênio 1998-2000) e hospitalizações em menores de cinco anos, por local de residência, por diarreias, infecções de vias aéreas superiores- IVAs/pneumonias e por todas as

causas (de 1998 a 2000 e triênio 1998-2000). **Resultados.** As maiores quedas proporcionais para o CMI foram vistas no Estado de São Paulo, seguidos pelos Blocos A e B, sendo classificadas como baixas para ambos os triênios (com exceção da taxa para o Estado de São Paulo no triênio 1995-1997); altas taxas de coberturas vacinais para todo o universo estudado e baixas taxas de abandono da vacina DPT com os menores valores para o Bloco A, Estado de São Paulo e Bloco B; as menores taxas de hospitalização foram as do Estado de São Paulo e praticamente iguais em ambos os Blocos. **Conclusões.** Conclui-se que, nos períodos estudados, a implantação do PSF (Bloco A) foi um dos fatores que contribuíram para a queda das taxas de mortalidade infantil e de abandono da vacina DPT, porém não foi constatada essa contribuição para as taxas de hospitalização. **Descritores.** Indicadores de Saúde. Saúde Pública. Estudos de Avaliação. Programa de Saúde da Família.

SUMMARY

Cruz MGB da. **Family Health Program - comparing children's death, vaccination and hospitalization, in towns with and without the program in São Paulo State – Brazil.** São Paulo (BR); 2002. [Dissertation – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objective. This study evaluates three health indicators conduct: 1) children's death, 2) vaccination and the abandoning rate of DPT vaccine and 3) hospitalization of children under five years of age, in towns with and without Family Health Program. **Methods.** The study universe is constituted by two groups of seven towns each, called A group (in this group was performed the Family Health Program) and B group (it was not performed the Family Health Program) and by São Paulo state. The study universe was characterized by: demography (number of inhabitant and its distribution by age group and urban/rural), health region belonging, social rates (Human Development Index and São Paulo Development Index), available health resources (health center and hospital bed), Nutritional Care Program included and health management type. Used as health indicators: children death rates (from 1990 to 2000 and three-year periods 1995-1997 and 1998-2000), vaccination (from 1996 a 2000), abandoning rate of DPT vaccine (from 1998 to 2000 and three-year period 1998-2000) and hospitalization of children under five years old, by the children's residence place, by diarrhea, by pneumonia and all causes (from 1998 to 2000 and three-year period 1998-2000). **Results.** The higher proportional fall of children's death rate was achieved by São Paulo State, in second

place by A group and in third place by B group; and low classified by both three – year periods (1995-1997 and 1998-2000), with the exception of São Paulo State rate in three-year period 1995-1997; high vaccine rates by all study universe, and low abandoning rate of DPT vaccine was found in A group, São Paulo State and B group, respectively; the least hospitalization rate was of São Paulo State, and were equal to both groups.

Conclusions. It was concluded that Family Health Program introduction (A group) contributed in the proportional fall of children's death rate and the rate of abandoning the DPT vaccin, but an association was not found related to hospitalization rate.

Descriptors. Health Indicators. Public Health. Evaluation Studies. Family Health Program.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	
1.1 Justificativas.....	1
1.2 Atenção básica e o PSF.....	4
1.3 Avaliação em saúde.....	14
1.3.1 Indicadores de saúde.....	21
1.3.2 Sistemas de informação em saúde.....	40
1.3.3 Índices sociais (IDH e IPRS).....	48
2. OBJETIVOS	
2.1 Objetivo geral.....	56
2.2 Objetivos específicos.....	56
3. MATERIAL e MÉTODO	
3.1 Caracterização da pesquisa.....	58
3.2 Objeto de estudo.....	58
3.2.1 Seleção dos municípios.....	59
3.2.2 Caracterização e composição dos dois Blocos.....	63
3.3 Seleção dos indicadores.....	68
3.3.1 Mortalidade infantil.....	70
3.3.2 Cobertura vacinal e taxa de abandono.....	75
3.3.3 Hospitalizações.....	79
3.3.4 Entrevistas com gestores e municipais.....	81
4. RESULTADOS	
4.1 Caracterização dos Blocos e Estado de São Paulo.....	85
4.1.1 Área territorial e distribuição da população.....	85
4.1.2 Saneamento básico.....	90
4.1.3 Índices sociais (IDH e IPRS).....	92
4.1.4 Tipo de gestão em saúde e inclusão no PCCN.....	95
4.1.5 Unidades básicas de saúde e leitos hospitalares – SUS.....	96
4.2 Mortalidade infantil.....	101
4.2.1 Nascidos vivos e óbitos em menores de um ano.....	101
4.2.2 Coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes.....	107
4.3 Cobertura vacinal e taxa de abandono.....	115
4.4 Hospitalizações.....	120
4.5 Entrevistas com gestores e municipais.....	124
5. DISCUSSÃO	
5.1 Caracterização dos Blocos e Estado de São Paulo.....	128
5.2 Mortalidade infantil.....	145
5.3 Cobertura vacinal e taxa de abandono.....	159
5.4 Hospitalizações.....	165
6. CONCLUSÕES	173

7. REFERÊNCIAS.....	177
---------------------	-----

ANEXOS

Anexo 1 (Tabelas e mapa).....	1
Anexo 2 (Documentação CPG, termo de consentimento e entrevistas com gestores e municipais).....	1

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 Justificativas

Nos últimos sessenta anos, a velocidade e a quantidade de acontecimentos observados no mundo inteiro conferiram um tom quase dramático à sensação de passagem do tempo. Fala-se em “aldeia global”, onde os transportes, as comunicações e a informática interligam pessoas de culturas e lugares diversos. O mundo parece menor. Esse encolhimento o fez mais complexo (TARRIDE 1998).

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, URSS, de 6 a 12 de setembro de 1978, fazia-se necessária a ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde fossem desenvolvidos e aplicados em todo o mundo, e particularmente, nos países em desenvolvimento (atualmente denominados países emergentes), num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional que se delineava (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001a).

Esta conferência exortava os governos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), bem como organizações internacionais, entidades multilaterais, organizações governamentais, agências financeiras e toda a comunidade mundial, a assumirem um compromisso nacional e internacional com os cuidados primários da saúde, a fim de canalizarem maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países emergentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001a).

A crise da saúde pública é uma intrincada teia de aranha, de múltiplos aspectos históricos, culturais, econômicos, sociais, políticos e morais, que se condicionam e potenciam mutuamente. O conjunto é uma entidade muito mais complexa que uma simples somatória de partes.

Este fenômeno desabilita economistas, sociólogos, cientistas, políticos e filósofos que, confinados em seus cantões de especialização, apesar de perceberem todas as mudanças, não conseguem encontrar propostas integrais para a saúde pública (TEJADA 1993).

Considerando a atenção primária e os sistemas locais de saúde (definindo-os como Silos) como respostas à posição individualista centralizadora ao empobrecimento estatal, há a possibilidade de uma mudança substantiva na saúde pública, a partir de propostas que visem a participação da comunidade como um acontecimento fundamental (MENÉNDEZ 1993).

Sabe-se hoje que a saúde dos indivíduos de uma coletividade é diretamente afetada pelo nível de desenvolvimento sócio-econômico da mesma. Para que se possa garantir o direito à saúde de determinado indivíduo, parte de uma sociedade, é necessário que esta atinja um certo nível de desenvolvimento sócio-econômico e cultural (DALLARI 1997).

Quando se trata do direito à saúde, deve-se ter sempre presente que ele possui um caráter individual e coletivo, envolvendo, também, a situação de desenvolvimento da sociedade onde ele é definido. Conclui-se desta forma que o direito à saúde é responsabilidade do Estado, porque, como um dos Direitos Humanos, a garantia do direito à saúde depende basicamente das relações dos indivíduos entre si e deles com o governo (DALLARI 1997).

As mudanças em curso na saúde pública, além dos eixos principais estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na lei n.º 8080 (integralidade, equidade, resolutividade e igualdade), devem considerar outros aspectos como a sustentabilidade, a ética e a complexidade dos interesses que a sociedade atual apresenta.

A decisão do Ministério da Saúde em priorizar o Programa de Saúde da Família (PSF) faz parte da estratégia de reorganização da atenção básica e consolidação do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998a, 2000a).

A estratégia Saúde da Família vem gerando continuamente discussões sobre seu custo, eficiência, efetividade e eficácia entre profissionais e gestores de saúde, desde o início de sua implantação em 1994.

Foram realizadas pesquisas nesse sentido voltadas à implantação e aos benefícios do programa, demonstrando melhoria nos valores dos indicadores de saúde, porém sem a focalização comparativa de comportamento entre municípios que os possuem e os que não os possuem.

Este estudo tem como meta avaliar o comportamento de três indicadores de saúde: mortalidade infantil, cobertura vacinal (e taxa de abandono da DPT) e hospitalizações em menores de cinco anos, em dois Blocos de municípios paulistas, um com alta cobertura populacional pelo PSF (Bloco A) e outro que não possui nenhuma cobertura (Bloco B).

Além do trabalho com indicadores de saúde (dados secundários) anteriormente citados, verificar-se-á através de questionários estruturados (dados primários) a opinião de um gestor (prefeito) por Bloco estudado (A e B) quanto à prestação dos serviços de saúde em seu município e quanto ao PSF, bem como, a

satisfação de um usuário (município) também por Bloco, com relação ao atendimento de saúde recebido.

A Conferência de Alma-Ata aponta que a atenção primária ou básica à saúde é a chave para que a meta de “Saúde para Todos” seja atingida com justiça social. Isto porque essas ações correspondem, em média, a 80-85 % das necessidades de saúde de uma comunidade, ou seja, a cada 100 pessoas que procuram uma unidade de saúde entre 80 e 85 dessas pessoas vão precisar de cuidados que podem ser prestados naquela unidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000a).

Dessa forma, é desenhada a necessidade e a importância deste estudo, que contribuirá na reflexão da prática da atenção básica atualmente realizada no Estado de São Paulo e no Brasil, por gestores, operadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 Atenção Básica e o PSF (Programa de Saúde da Família)

A partir da Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias vêm sendo tomadas para a viabilização do novo sistema. Destacam-se no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (n.º 8080/90 e 8142/90), o Decreto n.º 99438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993 e 1996 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1990, 1996, 1999a).

A organização da atenção básica, com base na Lei, n.º 8080/90, tem como fundamento os princípios do SUS: saúde como um direito, integralidade da

assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação.

A atenção básica pode ser definida como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999a).

Tomando esta definição, pode-se dizer que a atenção básica é a efetiva prática da saúde pública, baseada cientificamente na epidemiologia, que pode ser definida como o estudo da distribuição das doenças ou de condições fisiológicas nas populações humanas e dos fatores que influenciam esta distribuição (MORIS 1975; LILIENFELD 1980; BLUM 1981); ou também como a ciência que estabelece ou indica e avalia os métodos e processos usados pela saúde pública para prevenir as doenças, intimamente relacionada à medicina preventiva (ROUQUAYROL 1994a; MOWBRAY 1997).

Apesar de a epidemiologia instrumentalizar o diagnóstico básico de saúde das populações, a conduta para solução dos problemas diagnosticados é a administração dos serviços de saúde onde o acesso, a estrutura, a organização e a qualidade são considerados fatores determinantes de saúde à medida que interagem e possibilitam mudanças. Como conduta em saúde coletiva, estabelecem-se as políticas públicas de saúde que concebem os diferentes modelos de atenção ou de assistência à saúde.

Os modelos assistenciais ou de atenção à saúde podem ser compreendidos como forma de produção e distribuição dos bens e serviços de saúde,

assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e participação.

A atenção básica pode ser definida como um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999a).

Tomando esta definição, pode-se dizer que a atenção básica é a efetiva prática da saúde pública, baseada cientificamente na epidemiologia, que pode ser definida como o estudo da distribuição das doenças ou de condições fisiológicas nas populações humanas e dos fatores que influenciam esta distribuição (MORIS 1975; LILIENFELD 1980; BLUM 1981); ou também como a ciência que estabelece ou indica e avalia os métodos e processos usados pela saúde pública para prevenir as doenças, intimamente relacionada à medicina preventiva (ROUQUAYROL 1994a; MOWBRAY 1997).

Apesar de a epidemiologia instrumentalizar o diagnóstico básico de saúde das populações, a conduta para solução dos problemas diagnosticados é a administração dos serviços de saúde onde o acesso, a estrutura, a organização e a qualidade são considerados fatores determinantes de saúde à medida que interagem e possibilitam mudanças. Como conduta em saúde coletiva, estabelecem-se as políticas públicas de saúde que concebem os diferentes modelos de atenção ou de assistência à saúde.

Os modelos assistenciais ou de atenção à saúde podem ser compreendidos como forma de produção e distribuição dos bens e serviços de saúde,

numa determinada área e período para uma população, através do desenvolvimento de práticas sanitárias nos serviços de saúde e no trabalho de cada profissional (PAIM 1993).

A implementação dos modelos assistenciais é elemento fundamental no processo de construção do SUS, sendo tarefa compartilhada entre o governo federal, governos estaduais e municipais, com a importante participação da sociedade por intermédio dos conselhos de saúde.

Como instrumento de regulação do SUS, a Norma Operacional Básica (NOB/SUS 01/96), além de incluir orientações operacionais propriamente ditas, explicita e dá consequência prática aos princípios e às diretrizes do sistema, favorecendo ainda mudanças essenciais no modelo de atenção do Brasil.

Como eixos principais da NOB/SUS 01/96 podem-se citar a descentralização, a municipalização, o financiamento direto (Piso Assistencial Básico – fixo e variável), a gestão em saúde (plena da atenção básica e plena de sistema) e as comissões intergestoras (Bipartite – Estados e Municípios e Tripartite – União, Estados e Municípios).

A NOB 01/96 representou um grande passo para a consolidação do SUS, porém a hierarquização dos serviços de saúde estabelecendo mecanismos de referência e contra-referência prescindiu de maiores aprofundamentos e decisões, favorecendo o contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão (governo) em busca desse objetivo. Como fruto dessas pactuações, estabelecendo mecanismos que resultem na regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, estabelece-se a Portaria MS/GM n.º 373 de 27 de fevereiro de 2002 que abrange a

Norma Operacional de Assistência a Saúde/SUS – NOAS/SUS/01/02(MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002d).

Espera-se que a implementação da NOAS/SUS/01/02 traga definitivamente a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, promovendo a consolidação definitiva da equidade como um dos princípios que norteiam o SUS.

A NOB/SUS/01/96 refere-se ainda às bases para o redirecionamento do modelo de atenção, que deve ser centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação das equipes de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários: as famílias.

O novo modelo proposto pelo PSF, requer de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem recebe), e de outro, a intervenção ambiental para que sejam modificados fatores determinantes da situação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998a). Desta forma, os esforços para a reorganização da atenção básica devem apontar para o redirecionamento do modelo de atenção, buscando a integralidade da assistência no âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e resguardando, sempre, o preceito constitucional da autonomia dos municípios, no processo de descentralização e o cumprimento dos princípios do SUS, anteriormente citados.

A descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil tem assumido distintas configurações, seja pela via municipalização, seja pela via distritalização (PAIM 1999).

Municipalizar a saúde significa reconhecer a responsabilidade política do município para com a saúde dos seus cidadãos. O exercício pleno dessa responsabilidade pressupõe a unificação dos diferentes recursos destinados à saúde, colocando-os sob gestão do poder municipal, que passa a assumir a formação de políticas de âmbito local, o planejamento, a legalização, a execução, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde na sua área de atuação (PAIM 1999.)

A distritalização representa um processo político organizacional de reorientação do sistema de saúde , com ênfase no nível local, capaz de facilitar a implantação e o desenvolvimento de modelos assistenciais alternativos como base para a construção do SUS. Os distritos sanitários possuem adscrição de clientela ou território – processo traduzido por uma rede de serviços de saúde que não esgota com a atenção primária (PAIM 1993).

A agregação multidisciplinar e de programas é apontada por Brundtland, em seu discurso de posse da diretoria da Organização Mundial da Saúde em 1998. Neste sentido, a partir dessa data, a OMS transformou os cinquenta programas que trabalhavam separadamente, em conglomerados denominados Clusters. O Programa de Saúde da Família (PSF) é parte integrante de um destes Clusters da OMS denominado “Populações e Comunidades Saudáveis” (BRUNDTHAND 2002).

Já inserido neste contexto de mudanças, necessárias e complexas, com foco principal na participação popular e integralidade da saúde das populações, surgiu, em 1991 no Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A partir de 1994, implantando primeiramente em cidades pequenas, em áreas de baixa densidade populacional onde a regra era a escassez de serviços e

de profissionais de saúde e que apresentavam morbi-mortalidade mais próxima da que caracteriza os países do terceiro mundo, o PSF apresentou resultados extraordinários (CAPISTRANO 1999).

O PSF não é uma estratégia para atenção exclusiva ao grupo da mulher e da criança, tem como um de seus princípios a vigilância à saúde, e não deve ser considerado como um sistema de saúde de pobres para pobres, com utilização de baixa tecnologia, pois exige dos profissionais que o integram alta tecnologia de conhecimento e habilidades visando mudanças de atitudes na assistência (PAIM 1999).

A integração e a organização de atividades em um território definido, com o objetivo de enfrentar e resolver os problemas identificados, além de mudarem a concepção da assistência básica tradicionalmente prestada, vêm tornando acessíveis os serviços de saúde às populações até então excluídas (PAIM 1999).

A administração dos serviços de saúde é conduta para a solução dos problemas epidemiologicamente diagnosticados, onde o acesso, a estrutura, a organização e a qualidade dos serviços são fatores determinantes de saúde. Quando se discute a acessibilidade devem ser considerados os seguintes aspectos: a geografia (distância e localização dos estabelecimentos de saúde com relação às comunidades assistidas), o financiamento (instrumentos para investimentos e custeio dos serviços), a cultura (não deverá haver conflito entre os padrões técnicos e administrativos dos serviços com os hábitos, padrões culturais e costumes das comunidades assistidas), e a funcionalidade (prestação contínua dos serviços, atendendo à demanda real com garantia de funcionamento do mecanismo de

referência e contra-referência) (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO 2002).

Num país com dimensão continental como o Brasil, onde muitas vezes a distância e/ou a falta de condições de deslocamento dificultam o acesso das comunidades aos serviços de saúde, os profissionais de saúde da família deslocam-se para a prestação de serviços na comunidade (a chamada “unidade de saúde extramuros”).

O PSF incorpora três conceitos essenciais para o entendimento do programa: o de grupo (família), o de território e o de responsabilização, onde a participação das comunidades locais tem caráter essencial (CAPISTRANO 1999)

Além do agente comunitário de saúde (ACS), que estabelece vínculos entre o serviço de saúde e a comunidade, a definição de área de abrangência das unidades de saúde da família (territorialização) e de suas equipes, que atendem clientela adscrita, constituem grandes diferenças com o modelo de atenção primária ou básica tradicional (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1997).

A equipe do PSF é constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde em regime de trabalho integral (40h semanais), responsáveis pelo atendimento de até 4.500 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998a). No ano 2001 o Ministério da Saúde faculta aos gestores municipais a implantação de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, onde uma equipe odontológica assiste a duas equipes de saúde da família (cerca de 6.900 habitantes)(MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001b).

O Ministério da Saúde, em 1994, define as bases do programa, destacando que, ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no

hospital, o PSF prioriza ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto com adultos, quanto com crianças, sadios ou doentes de forma integral e contínua (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998a).

A incorporação do atendimento domiciliar aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além da unidade básica de saúde da família, deslocando-se seu olhar para o espaço-domicílio das famílias e comunidades nas quais as práticas estão enraizadas.

O Ministério da Saúde inclui dentre as atividades inerentes à atuação das equipes da saúde da família, a visita domiciliar. Ao se referir à mesma, agrega o componente internação domiciliar não como substituto da internação hospitalar tradicional, e sim, como recurso empregado com o intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Em acréscimo destaca que a internação domiciliar só é indicada quando as condições clínicas e familiares do cliente forem favoráveis (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM 2000; SOUZA 2000).

Como responsabilidades mínimas atribuídas à atenção básica, com relação às ações de saúde da criança pelo Ministério da Saúde, citam-se (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002a):

a) Vigilância Nutricional: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; promoção do aleitamento materno; realização ou referência para exames laboratoriais; combate às carências nutricionais; e implantação e alimentação regular do SISVAN.

b) Imunização: realização do esquema vacinal básico de rotina; busca de faltosos; realização de campanhas e intensificações; e alimentação e acompanhamento do sistema de informação.

c) Assistência às doenças prevalentes na infância: assistência às infecções respiratórias agudas-IRAs e diarreias em menores de 5 anos; assistência a outras doenças prevalentes; atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças; garantia de acesso à referência hospitalar, ambulatorial e laboratorial especializada.

Considerando os eixos que sustentam a base do PSF, o agente comunitário de saúde (ACS), cidadão morador de sua área de abrangência, com legitimidade junto à comunidade a que assiste, visita periodicamente os lares, estabelecendo o elo entre o serviço de saúde e a sociedade, fomentando a chamada co-responsabilização. A função mais importante do agente de saúde, num programa comunitário, não é dar atendimento. Também não é simplesmente servir de ligação entre a comunidade e o sistema de saúde externo, mas sim ajudar as pessoas a encontrar soluções mais eficazes para os problemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999d, 2000c).

O fortalecimento dos conselhos municipais de saúde, de instituições e segmentos sociais que possam exercer um controle social efetivo, participando tanto da análise dos problemas de saúde, quanto da definição de intervenções, é prerrogativa para a construção de viabilidade social das mudanças no setor da saúde, principalmente no PSF (TRAD e BASTOS 2000).

Há diferentes possibilidades que vêm sendo experimentadas no âmbito da organização da atenção básica (primária), no sentido de atender aos

princípios da integralidade das ações, do impacto e da não-rejeição da demanda; neste contexto, no âmbito das práticas de saúde, o PSF vem se estabelecendo como grande alternativa para a reorganização da atenção primária à saúde das populações (PAIM 1993; SCHRAIBER 1995).

Essa nova maneira de organizar o sistema local de saúde explica, segundo o Ministério da Saúde em 2001, por que nos municípios onde o PSF está bem implantado, com equipes capacitadas e dispendo de estrutura física e equipamentos adequados, há as seguintes conquistas:

- diminuição do número de mortes evitáveis em crianças;
- aumento na quantidade de gestantes que chegam saudáveis ao parto;
- melhoria da qualidade de vida dos idosos;
- melhoria da cobertura vacinal;
- melhoria do diagnóstico, tratamento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos;
- melhoria na localização e tratamento dos casos de tuberculose e hanseníase;
- e diminuição das internações e filas de atendimento nos hospitais da rede pública de saúde.

Em 1994, quando o Programa de Saúde da Família foi lançado no Brasil, os primeiros 55 municípios colocaram em ação 328 equipes de saúde da família (ESF). Já no segundo semestre de 2001 eram mais de 12.000 ESF atuando em mais de 4.500 municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001c).

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, em dezembro de 2000, o Estado possuía implantadas 837 ESF (representando 8,06% de

cobertura populacional) e em dezembro de 2001, 1.176 ESF atendiam a 10,78% da população total do Estado.

O Programa de Saúde da Família tem demonstrado seu potencial não só com a rápida evolução quantitativa (número de equipes implantadas), mas também na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, sendo considerado estratégia prioritária pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999a).

1.3 Avaliação em Saúde

A recente hipervalorização da avaliação de políticas e programas sociais pode levar que se caia em armadilhas. A primeira e a mais preocupante delas é de pensar aquela avaliação centrada na sedução tecnológica, que acaba por expressar a ação na sua eficiência e eficácia imediatas, sem um compromisso intencional com a real transformação e melhoria da qualidade de vida dos cidadãos beneficiários de programas e serviços públicos. Nesse patamar, a avaliação se espelha na reificação de indicadores e índices de eficiência e eficácia, despolitizando a própria ação. Em outras palavras, os indicadores apresentam-se como medidas reificadas de valor, instrumentos de controle dos agentes decisórios, quase como excelência técnica das instituições, mas pouco penetráveis e suscetíveis de se transformarem em ferramentas de poder e controle pelos cidadãos comuns, usuários de programas e serviços (BARREIRA e CARVALHO 2001).

A avaliação é imperativo ético, desconstrói e reconstrói a política ou programa na sua intencionalidade, os resultados e efeitos na alteração da qualidade

devida enquanto proteção, inclusão e cidadania dos envolvidos na ação política. A avaliação não substitui a política ou programa nos processos e resultados que move e persegue, porém é oportunidade de reflexão crítica da ação e possibilidade de disputa e conquista dos resultados idealizados (BARREIRA e CARVALHO 2001).

Um levantamento do Banco Mundial sobre as avaliações de projetos e políticas sociais na região da América Latina e do Caribe indicou que pouquíssimos desses programas foram avaliados. Deve-se esse baixo número de avaliações a alguns fatores, como:

- falta de financiamento para os custos das avaliações;
- em muitos países, os governos não querem avaliações por razões políticas, determinam os programas/projetos e beneficiários que devem ser selecionados;
- e o fato de muitos coordenadores de projetos nesses países não saberem como executar avaliações de impacto.

Dentre esses três pontos, o de maior dificuldade de solução seria a não execução das avaliações por motivos políticos, pois cada governo possui autonomia para tomar decisões, enquanto aspectos como custeio e treinamento seriam fatores de mais fácil resolução (BAKER 2001).

O Banco Mundial calcula em 0,6% de seu custo total o gasto médio de uma avaliação de impacto para a manutenção de programas e projetos. Muitas vezes outros financiadores participam além do Banco Mundial, e financiar uma avaliação de impacto continua sendo temática de difícil aceitação pelos administradores e financiadores dos programas (BAKER 2001).

Avaliações de políticas e programas respondem a distintos objetivos (natureza das avaliações), dentre eles pontuam-se:

- Avaliações de Impacto: na verdade, uma avaliação de impacto pesquisa o quanto e com que qualidade os objetivos propostos por um programa foram cumpridos, ou seja, formuladas as hipóteses, uma avaliação de impacto verificaria se determinado programa estaria obtendo sucesso através de seus resultados; e
- Avaliações de Processo: seu objetivo principal é detectar os fatores facilitadores ou impeditores de um determinado programa, colaborando para a correção de rumos (“policy oriented”), ou seja, o foco é o desenho do programa, suas características organizacionais e de desenvolvimento.

Esses dois tipos de avaliações não são excludentes, ao contrário, a forma de fazê-las concomitantemente, dão, na grande maioria dos casos, excelentes resultados (DRAIBE 2001).

As avaliações programáticas também podem ser classificadas quanto ao tempo entre o programa a ser avaliado e a pesquisa propriamente dita em avaliações ex ante e ex post (DRAIBE 2001):

- Avaliações ex ante: precedem o início do programa ocorrendo em geral nas fases de preparação e formulação. São também chamadas de avaliações–diagnóstico. Produzem orientações, parâmetros e indicadores que se incorporem ao projeto e usam o enfoque do ponto de partida visando comparações futuras. Esse ponto de partida pode ser chamado de “baseline”, linha de base ou tempo zero.
- Avaliações ex post: são feitas paralelamente ou após a realização do programa. Verificam os graus de eficiência e eficácia com que o programa está atendendo a seus objetivos bem como sua efetividade (resultados, impactos e efeitos).

O uso do enfoque de um marco lógico temporal (“log”), antes e depois, é bom instrumento metodológico usado para identificar se as metas dos projetos e programas vêm sendo cumpridas ou não (BAKER 2001).

Há diferenciação entre resultados e efeitos, embora haja certa confusão provocada na língua portuguesa pelo uso pouco preciso da noção de resultado (MELHORAMENTOS 1997). Resultado, no sentido restrito, é o conjunto de produtos do programa, previstos em suas metas e derivados do seu processo particular de “produção” ou “desempenho”. Os efeitos são outros impactos do programa, esperados ou não, que afetam o meio social e institucional no qual se realizou. Tomando como exemplo a imunização como programa a ser analisado, como resultado pode-se ter o aumento das coberturas vacinais, enquanto como efeitos pode-se ter a satisfação dos pais em vacinarem seus filhos e a melhoria da informação das enfermidades controladas pela imunização à população usuária (DRAIBE 2001).

A avaliação de resultados dependerá da adequação dos instrumentos (indicadores) elencados para o estudo, que medem os graus ou quantidades e os níveis de qualidade com que as metas programáticas foram cumpridas. A proporção das metas realizadas de cumprimento planejado ou os índices de cobertura da população-alvo são típicos indicadores de resultados (DRAIBE 2001).

Há três perguntas que devem ser respondidas obrigatoriamente por uma avaliação de resultados ou de impacto, são elas (DRAIBE 2001):

- 1) O programa realizou os objetivos pretendidos?
- 2) Atingiu os pretendidos grupos-alvos?
- 3) Cumpriu com qualidade e quantidade as metas propostas?

Há exigências metodológicas que tornaram complexa a tarefa de avaliar impacto. Uma delas é a definição da situação do grupo de referência, com o qual se compararão os impactos do programa. Uma possibilidade é confrontar o sujeito consigo mesmo mediante uma comparação *ex ante* e *ex post* com a definição de um ponto de partida “baseline”; se não houver definição não haverá avaliação de impacto possível. No entanto, há alternativas mais complexas e abrangentes, como a comparação entre participantes e não-participantes concomitantemente com o desenho antes e depois do programa. (DRAIBE 2001).

A avaliação de processo (de eficácia) de um programa formula a seguinte questão básica: “Quais são ou foram os fatores de ordem material, institucional e política que operaram como condicionantes positivos ou negativos do desempenho do programa?” Esta dissertação não responderá a essa pergunta, porém ao verificar o comportamento dos indicadores de saúde do grupo materno-infantil, entre participantes do PSF/ Programa ou grupo focalizado (BLOCO A) e outro grupo controle ou não-participante (BLOCO B), realizando a análise antes e depois da implantação do programa (BLOCO A), estará definindo-se como avaliação de impacto ou resultados. Esse tipo de avaliação (resultados ou desempenho) é limitada já que não permite a análise de processos, porém é um passo primordial e indispensável para qualquer avaliação mais complexa (DRAIBE 2001).

A unidade “família” tem encontrado muitas resistências para ser aceita como instância importante de abordagem das políticas sociais. A família significa, para os trabalhadores, a realização de um modo de vida onde o cotidiano doméstico e comunitário não é isolado, mas inserido na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo. As questões relativas à família têm

demonstrado serem grandes desconhecidas nos serviços públicos, porém com o surgimento do Programa de Saúde da Família, na década de 90, apoiado pelo Ministério da Saúde, reflete a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras (VASCONCELOS 1999). Mudanças em termos de modelo assistencial compreendem componentes técnicos e políticos de relativa complexidade que envolvem a combinação de decisões de diversos agentes (GOULART 1990 ; ARRETCHE 2001).

As decisões sobre política de saúde são sociais e, como membros ativos e interessados da sociedade, cada um de nós deve ser participante deste processo e não deverá abdicar desta responsabilidade comunitária (GORDIS 1980).

Essas decisões são baseadas mais na intuição que nos fatos (DEVER 1988).

Novamente evidencia-se a epidemiologia como instrumento para o diagnóstico das condições de saúde de uma comunidade, base primordial da saúde pública, e guia para as políticas de saúde localizadas prioritariamente na prevenção (ROUQUAYROL 1994a; FAGHIH 1997).

A implementação de um programa federal, de escala nacional, cujas regras de operação suponham a cooperação dos três níveis de governo, em um país federativo e multipartidário, como o Brasil, em que prefeitos e governadores têm autonomia política e podem estar ligados a partidos distintos, poderá produzir comportamentos não-cooperativos, pois na base das relações de implementação haveria incongruência básica de objetivos, derivada da competição eleitoral. Além disso, se o programa envolver extensa rede de organizações não-governamentais,

cujos gestores aceitem participar do programa como facilitadores das ações, esses atores terão também relações com a implementação do mesmo.

Nessas condições, para se obter a adesão e a obediência programática, a autoridade central formuladora da política tem como instrumento a estratégia de incentivos. Ainda que essa estrutura de incentivos seja vital para a implementação de programas, quanto maior a complexidade dos interesses envolvidos, maior a probabilidade de diferenciações quanto ao traçado original que o caracteriza (ARRETCHE 2001).

Por estas razões, desenhos de programas não são peças inteiramente coesas e ajustadas, devendo ser consideradas algumas especificações e diferenciações.

A avaliação de um programa como o PSF deverá considerar essa multiplicidade de fatores, onde há dificuldades em concluir seus sucessos ou fracassos, porém estão intimamente ligados à distância entre a formulação e a implementação, contingências essas da ação pública.

Para o pesquisador, é igualmente fundamental ter em mente que a implementação modifica o desenho original das políticas públicas, já que as mesmas ocorrem em ambiente caracterizado por contínua mutação (ARRETCHE 2001).

Procurando verificar a opinião dos gestores (prefeitos) e usuários (municípios), com relação à assistência à saúde e ao PSF, e à satisfação quanto aos serviços de saúde prestados, aplicou-se instrumento qualitativo estruturado na forma de questionários aplicados pela própria pesquisadora nos municípios elencados. Embora essas entrevistas tenham sido realizadas em um só município de cada Bloco estudado, qualificando ilustrativamente essa dissertação, procurar-se-á contribuir

para a reflexão das políticas públicas votadas à atenção básica, implementadas no Estado de São Paulo, tendo sempre em mente a multiplicidade de interesses e a complexidade inerente à temática saúde pública para a avaliação dos resultados obtidos.

1.3.1 Indicadores de Saúde

No ano de 1986, a XXII Conferência Sanitária Pan-Americana, organismo máximo de condução política da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), integrado pelas autoridades de saúde de todos os países da região das Américas, enfatizou a necessidade em dar prioridade ao desenvolvimento da infraestrutura dos serviços de saúde, apoiando os processos de descentralização para todos os países da região assim como para a própria organização (OPAS). A atenção em nível local deve ser vista, portanto, como estratégia fundamental para reorganizar e reorientar o setor de saúde, com o objetivo de alcançar a equidade, eficácia e eficiência com base na estratégia da atenção primária. A administração estratégica, a condução e a programação local com o enfoque de risco são componentes indivisíveis desse conceito. Isto significa o ordenamento e a integração de programas e atividades, tanto para a atenção ao indivíduo, à família e à comunidade, como para a atenção ao meio de uma forma coerente, harmônica e lógica em relação às verdadeiras necessidades da população. A definição da atenção de saúde em nível local traz implícita a superação de esforços isolados em direção a um esforço conjunto de todos os componentes integradores dos sistemas de saúde (BENIGUI 1997).

O desenvolvimento das ações de saúde materno-infantil em nível local constitui a estratégia fundamental para cumprir os compromissos contraídos durante a Cúpula Mundial em favor da Infância realizada em Nova York em 1990. A mencionada conferência reuniu representantes de 146 países, ratificou a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança. Aprovou, ainda, um plano de ação para que os governos, organismos internacionais e outras entidades trabalhassem na redução da morbi-mortalidade do grupo materno-infantil, na luta contra a desnutrição e o analfabetismo, no fortalecimento dos serviços de saneamento básico e na melhoria das condições sociais da mulher (BENGUIGUI 1997).

Mais recentemente a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo/Egito, em setembro de 1994, estabeleceu como objetivos dentro dessa área a promoção da saúde e a sobrevivência infantil com a redução das causas de morbi-mortalidade e das disparidades entre e intrapaíses. Foi acordado, além disso, o empreendimento de ações relativas ao estado nutricional das mães e das crianças, assim como a promoção do aleitamento materno como principal estratégia de sobrevivência infantil (BENGUIGUI 1997).

Também na Cúpula das Américas, que se realizou em Miami, nos Estados Unidos, em dezembro de 1994, denominada Pacto para a Prosperidade, os governantes de toda a região, inclusive o do Brasil, estabeleceram dentro da declaração de princípios, superar a pobreza e a discriminação no hemisfério, o que inclui o acesso equitativo aos serviços básicos de saúde e confere especial prioridade ao grupo materno-infantil, através de ações relativas aos cuidados pré e pós natal, à

atenção ao parto, à saúde reprodutiva, às imunizações e ao tratamento das diarreias e das infecções respiratórias agudas (IRAs), entre outros.

O grupo materno-infantil abrange mulheres em idade fértil, crianças e adolescentes. Considerando o conceito atual de adolescentes, que compreende a faixa etária de 10 a 19 anos, o seguimento materno-infantil, representa 2/3 da população brasileira, justificando muitas vezes o estudo desse grupo separadamente dos demais (ROUQUAYROL 1994a).

Assim como a XXII Conferência Sanitária Pan-Americana, em 1996, a Cúpula Mundial em Favor da Infância, em 1994, torna como antecedente a estratégia dos sistemas locais de saúde e o processo de descentralização em marcha nos países, que conferem maior responsabilidade aos níveis provinciais, locais, estaduais e regionais na organização e execução dos programas (BENGUIGUI 1997).

Com a descentralização das ações de saúde no Brasil, o município torna-se instância privilegiada para o desenvolvimento dessas ações, cabendo aos níveis estadual e federal atuarem somente naquilo que as administrações municipais não conseguiram fazer (ROUQUAYROL 1994a).

A necessidade de se medir o nível de vida das populações levou em 1952 a Organização das Nações Unidas (ONU) a convocar um grupo de trabalho encarregado de estudar uma metodologia para definir e avaliar o nível de vida das coletividades humanas. Dada à impossibilidade prática do uso de um único indicador representativo desse nível de vida, foram sugeridos os seguintes componentes: saúde, alimentos e nutrição, educação, condições de trabalho, mercado de trabalho,

consumo e economias gerais, transporte, habitação, saneamento básico, vestuário, recreação, segurança social e liberdade humana (ROUQUAYROL 1994a).

Indicadores de saúde são um conjunto de parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades, consideradas na mesma época, ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (ROUQUAYROL 1994a).

Dada uma série de dificuldades para se medir "saúde" de uma população, é freqüente ao se avaliar o nível de saúde buscarem-se dados de "não saúde", ou seja, de morte e doença. Esses dados denominados mortalidade e morbidade são medidos por meio dos indicadores de saúde, que se referem ao conjunto de indivíduos que morreram ou adoeceram em um determinado intervalo de tempo. Para que sejam comparadas as freqüências de mortalidade e morbidade é necessário transformá-las em valores relativos, ou seja, numeradores e denominadores de fração fidedignos (ROUQUAYROL 1994a).

A importância da atenção básica como porta de entrada dos sistemas locais de saúde, e do PSF como política reorganizadora e reestruturadora, tomando como base a composição demográfica brasileira onde 2/3 são constituídos pelo seguimento materno-infantil, remetem à relevância desse estudo. Indicadores de saúde instrumentalizarão a análise, são eles: mortalidade infantil; cobertura vacinal; taxa de abandono da DPT e hospitalizações em menores de 5 anos.

Mortalidade Infantil

Diferindo da maioria dos outros coeficientes de mortalidade, o de mortalidade infantil não apresenta no denominador o número de habitantes menores de um ano (dado por censo ou estimativa), mas sim, o número de nascidos vivos. Isso se deve ao fato de que, no censo, o número de menores de um ano geralmente é subestimado daí ser preferível utilizar-se o número de nascidos vivos registrados. Portanto, para o cálculo desse coeficiente, os dados, quer no numerador quer no denominador, são obtidos por meio de registro civil (LAURENTI 1985).

Esse coeficiente está sujeito a erros que podem ocorrer quer no numerador, quer no denominador. Devem-se destacar como principais: sub-registro de óbitos em menores de um ano, sub-registro de nascimentos e definição incorreta de nascido vivo e nascido morto (LAURENTI 1985).

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) mede o risco que tem um nascido vivo de morrer antes de completar um ano de idade.

A morte de menores de um ano é diretamente influenciada por condições de saneamento, nutrição, educação, habitação, assistência ao pré-natal e ao parto. Enfim, pode-se dizer que está ligada diretamente às condições sócio-econômicas da população e da assistência à saúde prestada, e quando melhoram as condições de vida e de saúde, a mortalidade infantil diminui (LAURENTI 1985).

Idealmente, o CMI deveria ser zero, isto é, não deveria morrer nenhuma criança menor de um ano de idade, porém tal fato é praticamente impossível, pois, mesmo que fossem eliminados todos os fatores determinantes

(ambientais e assistenciais), restariam os fatores biológicos causadores de óbitos (LAURENTI 1985).

A mortalidade infantil é subdividida em componentes denominados neonatais e pós neonatais, devido à diferença dos fatores causadores, bem como, permite dessa forma a avaliação de impacto das medidas adotadas no controle da mortalidade infantil (ROUQUAYROL 1994a).

As causas das mortes neonatais são, na quase totalidade, devidas às chamadas causas perinatais e às anomalias congênitas. São, portanto, relacionadas a gestação (pré-natal), parto (assistência ao parto) e puerpério, sendo de controle mais difícil e complexo se comparado ao componente pós neonatal (LAURENTI 1985; ROUQUAYROL 1994a).

O estudo da mortalidade infantil baseia-se no número de óbitos, bem como no número de nascidos vivos, sendo importante ter-se em mente esses dois conceitos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu em 1950 nascido vivo e óbito, estando essas definições ainda em vigor (LAURENTI 1985):

— Nascido Vivo: “é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independente de duração da gestação, de um produto de concepção que depois dessa separação, respira ou manifesta qualquer outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou contração efetiva de algum músculo de contração voluntária, haja ou não sido cortado o cordão umbilical e esteja ou não desprendida a placenta”.

— Óbito: “é o desaparecimento permanente de todo sinal de vida em um momento qualquer depois do nascimento vivo, ou seja, o desaparecimento dos sinais vitais sem a possibilidade de ressuscitar”.

A conceituação “morte evitável” é atualmente bastante utilizada, podendo fornecer importantes informações às autoridades sanitárias.

Mortalidade infantil por causas evitáveis é o termo usado para designar os óbitos em crianças menores de um ano de idade em condições que raramente ou nunca deveriam evoluir para o óbito. Altas taxas de mortalidade infantil por causas evitáveis revelam precariedade no acesso e na qualidade do serviço de saúde oferecido à população (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001b).

Foi proposta pela Fundação SEADE a seguinte classificação, integrante da Portaria n.º 723 GM/MS de 10 de maio de 2001 que relaciona o pacto dos indicadores da atenção básica:

- I. Evitáveis .
 1. redutíveis por imunoprevenção;
 2. redutíveis por adequado controle na gravidez;
 3. redutíveis por adequada atenção ao parto;
 4. redutíveis por ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces e
 5. redutíveis através de parcerias com outros setores.
- II. Não evitáveis.
- III. Mal definidas.

O estudo da mortalidade infantil, bem como, a utilização do critério evitabilidade dos óbitos subsidiará a avaliação e o planejamento das ações relacionadas à saúde materno-infantil no universo estudado.

Cobertura Vacinal e Taxa de Abandono da DPT .

A utilização de vacinas baseia-se no estímulo do sistema imunológico do organismo, protegendo-o contra a eventual agressão pelo agente que o faz contrair a doença (SANTOS 1994).

Retomando um breve histórico, Edward Jenner, médico e cientista inglês em 1796, a partir de suas observações sobre a variola bovina (cowpox) , levantou a hipótese de que seria possível proteger as pessoas contra a variola humana (smallpox), com a utilização de material de pústulas da variola bovina que praticamente não tem virulência para o homem. Jenner chegou a essa conclusão observando grande número de pessoas que trabalhavam com o gado e não contraíam a doença. Para comprovar sua hipótese retirou material de uma pústula da mão de uma ordenhadora infectada com a cowpox, inoculando-o no braço de um menino. Dois meses depois, Jenner inoculou nessa mesma criança material de pústulas de um variculoso em estado grave, sem que ela adquirisse a variola humana. Surgia assim, a vacinação anti-variólica, e somente dois anos mais tarde, em 1798, foi divulgada sua descoberta e quase um século depois a vacinação foi adotada de forma rotineira em todo o mundo (SANTOS 1994).

A vacina anti-variólica foi a primeira conquista; do fim do século XIX ao começo do século XX, outras vacinas surgiram, algumas porém somente

alcançaram condições de utilização nas décadas de 50 e 60. Em 1920, foram iniciados os ensaios das vacinas antidiftérica e antituberculose e, em 1930, do toxóide tetânico. As vacinas antioqueluche, antisarampo e anti-poliomielite foram preparadas entre o fim de 1950 e começo de 1960, e ainda hoje essas vacinas estão sendo aprimoradas (SANTOS 1994; FARHAT 1999, 2000).

A vacinação representa um dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas e constitui, reconhecidamente, uma das medidas mais custo-efetivas na prevenção de doenças (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através do Programa Ampliado de Imunizações (PAI), criado em 1974, estabeleceu por objetivo de proporcionar serviços de imunização para todas as crianças do mundo e atingir 100% delas, com o calendário básico, durante o 1º ano de vida. O PAI elencou como faixas etárias prioritárias as crianças menores de 1 ano, e as mulheres de idade fértil, no entanto, a extensão a outros grupos vem auxiliando no alcance adequado do grau de proteção imunitária da população, conduta esta adotada pelo Programa Nacional de Imunizações - PNI (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998b).

O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado em 1973, foi institucionalizado em 1975, (Lei n.º 6259, de 30 de outubro de 1975) em todo o território nacional, como parte de um conjunto de medidas que visavam redirecionar a atuação governamental ajustando-se aos objetivos e diretrizes de atuação do Programa de Ampliado de Imunizações (PAI), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS). Anteriormente, as ações de imunização eram marcadas pela atuação isolada de programas nacionais para o controle de doenças específicas como

a Campanha de Erradicação da Varíola, Plano Nacional de Controle da Poliomielite e Controle da Tuberculose (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2000).

O objetivo prioritário do PNI é contribuir para o controle e erradicação da poliomielite, do sarampo, da difteria, do tétano, da coqueluche, da rubéola, da caxumba, da hepatite por vírus B (introduzida em 1998 no calendário vacinal básico), da infecção pelo H. Influenzae tipo B (introduzida em 1999 no calendário vacinal básico), e da tuberculose, mediante a imunização sistemática da população exposta a essas doenças. Contribui ainda para o controle de outros agravos, como a febre amarela, a raiva, a meningite meningocócica, além de coordenar a utilização e o suprimento de imunobiológicos indicados para grupos em situações específicas (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2000).

Desde 1973, o suprimento de imunobiológicos necessários ao programa é de responsabilidade federal, que coordena a importação e incentiva a produção nacional. A distribuição às Unidades Federadas é realizada a partir da Central Nacional de Armazenagem e Distribuição (CENADI), no Rio de Janeiro, enquanto a qualidade dos produtos distribuídos é garantida pela atuação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), desde 1981 (FIOCRUZ 2000; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2000).

A partir de 1983, o Brasil, com o laboratório Biomanguinhos, da Fundação Oswaldo Cruz, iniciou uma época importante no campo da produção de vacina, e passou a produzir a vacina antisarampo. Outras tentativas vêm sendo feitas

para a produção da vacina antipólio, única dependente de tecnologia externa, sendo envasada em Biomanguinhos, RJ. Com a criação do programa de auto-suficiência nacional em imunobiológicos em 1985, cerca de 75% dos imunizantes disponibilizados à população brasileira já são produzidos no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998b).

O esquema vacinal básico orienta a aplicação das vacinas obrigatórias no primeiro ano de vida, bem como a vacinação da gestante para prevenção do tétano do recém nascido. Este esquema é preconizado pelo Ministério da Saúde e sujeito a mudanças em situações especiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998b).

Visando melhor compreensão esquematizou-se o quadro abaixo com relação às vacinas cujas coberturas serão abordadas por este trabalho, são elas (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1985,1998b; BRITO 2000; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2000):

Vacina	Indicação	Via de Administração e n.º de doses	Reações	Contra-indicações	Conservação	Eficácia
Antituberculose BCG	Prevenção da Tuberculose	→ Intradérmica → Dose única	→ Febre, mal estar e no local úlcera, crosta e enfartamento ganglionar não supurado e passageiro	→ Crianças de baixo peso (<2500g) uso de corticóides, imunossupressores e infecção por HIV	→ 4°C a 8 °C e após frasco aberto dura 6 horas	80%
Anti-sarampo	Prevenção do Sarampo	→ Subcutânea → 2 doses	→ Não severas (hipertermia do 5º ao 12º dia e exantema após 7º dia) Nenhuma	→ Febre acima de 38°C, leucemia, neoplasia e imunossupressores.	→ 4°C a 8 °C e após frasco aberto dura 6 horas	95%
Antipólio (SABIN)	Prevenção da Poliomielite	→ Oral (gotas) → 3 doses	Nenhuma	→ Febre acima dos 38°C, diarreias e vômitos severos	→ 4°C a 8 °C e após frasco aberto dura 7 dias	95%
Antidifitérica DPT	Prevenção da Difiteria	→ Intramuscular Profunda → 3 doses	→ Vermelhidão, edema, febrícula, indução e mal estar geral e passageiro	→ Quadros neurológico ativos e febre acima de 39,5°C e ou convulsões após 1ª dose	→ 4°C a 8 °C e após frasco aberto dura 7 dias	95%
Anticoqueluche DPT	Prevenção da Coqueluche	→ Intramuscular Profunda → 3 doses	→ Mesmas da anti difitérica e toxóide tetânico	→ Idem acima (=antidifitérica)	→ Idem antidifitérica	70 a 80%
Toxóide tetânico DPT	Prevenção do tétano	→ Intramuscular Profunda (3 doses)	→ Mesmas da anti difitérica e anticoqueluche	→ Idem acima (= antidifitérica e anticoqueluche)	→ Idem antidifitérica e anticoqueluche	95%

A vacinação é responsabilidade institucional dos Governos Federal, Estadual e Municipal, sendo considerada uma ação de pequena complexidade e de grande impacto nas condições gerais de saúde de um município. Organizar-se para a vacinação é um dos primeiros passos que pode estar ao alcance das prefeituras para a resolução dos problemas de saúde da população, que, em articulação com as demais instâncias, deve definir e planejar suas metas, capacitar adequadamente seu pessoal e garantir a infra-estrutura dos serviços, bem como avaliar periodicamente o seu desempenho (CONASEMS 1993).

No quadro anterior, a eficácia de uma vacina pode ser entendida como a capacidade que ela tem de proteger efetivamente contra determinada doença quando aplicada em um grupo de pessoas. As vacinas diferem em sua eficácia, ou seja, produzem uma resposta imune em uma população susceptível, vacinada em condições ideais (boa conservação da vacina, técnica de aplicação correta, esquema adequado e condições imunológicas satisfatórias) (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998b).

São várias as estratégias de vacinação (SANTOS 1994):

- Rotina : é a atividade de vacinação de rotina nos serviços de saúde e depende das mães levarem seus filhos para serem vacinados;
- Intensificação: estratégia que visa um aumento das coberturas vacinais por um trabalho mais dinâmico e efetivo dos serviços de saúde;
- Campanhas: objetiva vacinação em massa de uma população com abrangência e tempo pré determinados;
- Bloqueios : visa a interrupção na cadeia de transmissão das doenças dependente de alterações no comportamento epidemiológico das doenças;

— Dia nacional da vacinação: tem a finalidade de, em um único dia, vacinar determinadas faixas etárias de toda a população nacional, instituído em 1980.

A imunização é uma atividade básica dos serviços de saúde e que visa efetivamente reduzir a incidência das doenças e seu controle ou erradicação. Como população alvo, prioritária do Programa Nacional de Imunização (PNI), estão os menores de um ano, com a meta de 100% de cobertura vacinal para todas as vacinas constituintes do esquema vacinal básico (SANTOS 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE 1985, 1998b).

Outro indicador a ser analisado é a taxa de abandono da DPT ou tríplice bacteriana. Assim como a antipólio, a DPT é constituída por três doses, e só é considerada vacinada a criança que tiver recebido as três doses vacinais (SANTOS 1994).

A grande importância desse indicador está na atitude que deve ser tomada quando se identificam altas taxas de abandono, onde a falta de acesso e baixa qualidade dos serviços de saúde são fatores de extrema relevância (SANTOS 1994; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2000).

A imunização é uma ação integrada, prioritária e rotineira dos serviços de saúde, que, constituindo a atenção básica, deve assegurar o controle e a erradicação das doenças imunoprevisíveis. Portanto, ao analisar coberturas vacinais e taxa de abandono da DPT nos Blocos A, B e Estado de São Paulo, verificar-se-ão diretamente a efetividade e a eficiência dos serviços de saúde implantados.

Hospitalizações em menores de 5 anos

A oferta de serviços de saúde no Brasil é feita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público de atendimento universal e por serviços privados como medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas.

O setor público responde por 75% das unidades prestadoras de serviços médicos – odontológicos, enquanto que 57% das unidades de apoio diagnósticos e terapêuticos são pertencentes ao setor privado (FUNDAÇÃO SEADE 2001c).

Na rede hospitalar do Estado de São Paulo, cerca de 77% leitos são oferecidos pelo setor privado (convênio SUS/particulares), enquanto os setor público é responsável por 23% dos leitos distribuídos em hospitais próprios estaduais e municipais. Apesar do predomínio do setor privado no número de leitos SUS, os ofertados por prestadores privados com fins lucrativos sofreram diminuição desde 1996.

A distribuição de leitos vem se mantendo praticamente constante até o primeiro semestre de 2001, com a seguinte composição: leitos cirúrgicos (17%), obstétricos (10%), clínica médica (25%), pediátricos (13%), psiquiátricos (29%), fisioterápicos (1%) e outros (5%). De acordo com a pesquisa assistência médica-sanitária (AMS, 1999), o Estado de São Paulo possui a maior rede de estabelecimentos de saúde do país, cerca de 15% do total (FUNDAÇÃO SEADE 2001c).

Dentre os 50 procedimentos gerais em adultos e crianças o mais frequentes em internações hospitalares do SUS no Estado de São Paulo em 1998 e 1999, as pneumonias e entero infecções correspondiam em média, respectivamente, a

cento de 7% e 3% dos totais de internações. Esses números evidenciam a necessidade de valorização da assistência de atenção básica (FUNDAÇÃO SEADE 2002b; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2002).

As internações infantis representam alto custo social, tanto para a família, quanto para a sociedade, e seriam evitáveis se se melhorasse a resolutividade da atenção básica (MADEIRA 1996). Caracteriza-se, desta forma, a importância do estudo de hospitalização em menores de cinco anos por determinadas causas.

As estatísticas de morbidade são importantes uma vez que permitem determinar a incidência e a prevalência de doenças, invalidez e traumatismos em uma população, constituindo-se em valiosa fonte de informação para o estudo de numerosos problemas. Dessa maneira a morbidade é considerada como índice de saúde e doença (LAURENTI 1985).

Como conceito, morbidade é o comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta (ROUQUAYROL 1994a).

Embora as estatísticas de morbidade apresentem a restrição de serem seletivas e parciais (seletivas, porque fornecem apenas informações a respeito das doenças que exigirem hospitalização; e parciais porque, mesmo as pessoas portadoras de doenças que exigiram hospitalização podem, por razões várias, não ter sido hospitalizadas) constituem-se em uma das poucas fontes com que se pode contar, por terem o registro sistemático das doenças (LAURENTI 1985).

Os objetivos principais das estatísticas hospitalares dizem respeito a aspectos epidemiológicos e administrativos. Do ponto de vista epidemiológico, visam o estudo das doenças que exigiram hospitalização e sua distribuição, segundo sexo, idade,

procedência entre outras variáveis; enquanto do ponto de vista administrativo, objetivam o planejamento de melhores serviços, pelo estudo de permanência, porcentagem de ocupação, estimativa da necessidade de leitos, estudo de custos, etc. (LAURENTI 1985).

O SUS compreende o conjunto de ações em serviços realizados, nos três níveis de governo, para atender às demandas sanitárias coletivas e individuais da população brasileira. Fruto do processo de descentralização que recebeu a adesão de quase 100% dos municípios brasileiros, observa-se a extensão de cobertura do SUS, tanto com relação à população quanto aos serviços (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA 2002).

A assistência hospitalar prestada à população se faz em hospitais públicos contratados, conveniados e cadastrados nos SUS, que atendem $\frac{3}{4}$ da população total do país. (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA 2002).

A evolução da oferta de serviços de saúde nas diversas regiões tem sido bastante diferenciada. Entre 1980 e 1989, o número de hospitais públicos passou de 1,2 mil para 2,0 mil e o de estabelecimentos públicos sem internações passou de 8,8 mil para 20,8 mil, com taxas de crescimento de 61% e 136%, respectivamente. No caso do setor privado, as taxas foram menores: o número de hospitais privados passou de 4,9 mil para 5,2 mil e de estabelecimentos sem internações de 3,6 mil para 6,9 mil.

É importante salientar que esse crescimento ocorreu com maior intensidade nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, contribuindo para a redução das desigualdades regionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002b).

O Ministério da Saúde divulgou recentemente pesquisa sobre as ações hospitalares, no período de 1995 a 1999, revelando os seguintes tópicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002b):

- variação negativa de -3% no número de leitos hospitalares SUS no país, nesse período (inclusive no Estado de São Paulo).

- a cobertura de leitos por mil habitantes dos hospitais vinculados ao SUS apontou um decréscimo de -8% no país, nesse período (o Estado de São Paulo de 3,37 leitos/1000 habitantes em 1995, passou em 1999 para 2,94 leitos /1000 habitantes).

- diminuição global de -6% no volume das AIH (Autorização de Internação Hospitalar) pagas, tendo o Estado de São Paulo, nesse mesmo período, uma diminuição global de -12%.

- os dados extraídos das 12 milhões de AIH/ano, em média, pelo SIH-SUS, demonstraram a evolução dos gastos com o custeio hospitalar em 33% no país, no período; e para o Estado de São Paulo essa evolução teve um incremento no mesmo período de 25,2%. Essa pesquisa conclui que a recomposição das tabelas de remuneração dos SUS efetuada nos últimos anos, aliada a aumentos específicos em neurocirurgia , UTI, oncologia, urgência e emergência, assistência ao parto e aos recém-natos, áreas eleitas como prioridade pelos três gestores, é responsável por essa avaliação positiva nos gastos com a assistência hospitalar, apesar da diminuição do número de internações (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002b).

É importante salientar que os maiores gastos per capita no Brasil, com o custeio da assistência hospitalar nesse período pesquisado pelo Ministério da

Saúde(1995 a 1999), foram nos estados que concentram maior tecnologia hospitalar ou seja, Rio Grande do Sul (R\$38,90), Paraná (R\$ 38,51) e São Paulo (R\$33,26), e no País como média o valor de R\$ 28,87.

A pesquisa assistência médico-sanitária AMS/1999 teve como um dos principais objetivos traçar um perfil da capacidade instalada no Brasil. A Fundação SEADE/SP divulgou os seguintes pontos relevantes para o Estado de São Paulo (FUNDAÇÃO SEADE 2002a):

— São Paulo possui a maior rede de estabelecimentos de saúde do país (15% do total) onde a esfera municipal responde por 90% desses estabelecimentos, em sua grande maioria (92%) sem internação.

— o setor privado no Estado de São Paulo contribui com 80% dos serviços de internação e 94% dos serviços de diagnose e terapia.

— a média de consultas em 1999 por habitante foi de 2,63 consultas/habitante/ano, sendo o setor público responsável por 76% dessa produção; o setor privado, por 15% e o universitário, por 9%.

— as internações, segundo especialidade leito no Estado de São Paulo, em 1999, eram assim distribuídas: clínica cirúrgica (27%); obstétrica (23%); médica (33%); pediátrica (12%); psiquiátrica (5%) e outros (1,4%).

Os dados apresentados por ambas as pesquisas demonstram a necessidade de valorização crescente da atenção básica e embora somente 12% dos leitos de internação no Estado de São Paulo sejam pediátricos, muitas internações infantis, com alto custo social/familiar, poderiam ser evitadas à medida que se aumenta a resolutividade da atenção primária (MADEIRA 1996).

Segundo a OPAS/OMS em boletim editado por sua representação no Brasil, em 1998:

— de janeiro a outubro de 1996, foram registradas 160.091 internações em menores de 5 anos por diarreias no Brasil, correspondendo a 11,5% dos gastos hospitalares no período para essa faixa etária;

— de janeiro a outubro de 1996, foram registradas 636.027 internações em menores de 5 anos por pneumonias/infecção de vias aéreas superiores (IVAS), correspondendo em 34,7% dos gastos hospitalares no período para essa faixa etária.

No Estado de São Paulo no ano 2000, acentua-se a frequência das internações de menores de 5 anos por doenças do aparelho respiratório (42,7%, valor bastante superior aos demais) seguidas por doenças infecciosas (11,4%) e doenças do aparelho digestivo (9,7%) (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2002).

Dessa forma caracteriza-se a importância do estudo das taxas de hospitalizações em menores de 5 anos, por diarreias, pneumonias/infecção de vias aéreas superiores-IVAs e demais causas para o Bloco A, B e Estado de São Paulo, visando a colaborar para avaliação, planejamento e programação desses serviços de saúde.

1.3.2 Sistemas de Informação em Saúde.

Em Saúde Pública, quer com a finalidade epidemiológica quer com a finalidade de administração de serviço, são necessários dados. Estes ao serem submetidos a determinadas elaborações vão gerar informações (LAURENTI 1985).

A elaboração de dados de interesse em Saúde Pública é feita através de três tipos de levantamentos:

- 1- levantamento de dados normalmente registrados;
- 2- levantamento de dados existentes porém não-registrados;
- 3- levantamento de dados não-existentes.

As abordagens metodológicas são diversificadas em função dos objetivos de cada projeto, havendo a coleta secundária de dados proveniente dos bancos oficiais ou a elaboração de instrumento de coleta de dados primários (MELLO JORGE et al. 1992).

Os censos demográficos são operações de alto custo que ocorrem no Brasil, a cada dez anos. Entretanto, em anos posteriores ou anteriores ao censo (intermediários ou intercensitários), há necessidade de se conhecer o total de habitantes de uma determinada área para qualquer planejamento ou avaliação de programas de saúde pública ou cálculo de coeficientes. Para isso utilizam-se as estimativas populacionais, com diversas metodologias (LAURENTI 1985).

A importância dos eventos vitais para o campo de saúde, principalmente nascimentos e mortes, é inegável. Visando o cumprimento das metas estabelecidas pelo "Programa Saúde para todos no ano 2000," foi considerada pela OMS a criação de um sistema de informações de saúde como ferramenta imprescindível que iria verificar o alcance dessas metas. Dessa forma, o subsistema de Informação em Mortalidade do Ministério da Saúde em 1975 abriu o primeiro caminho para a consecução desse propósito (MELLO JORGE et al. 1992).

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

Desenvolvido e implantado pelo Ministério da Saúde, em 1975, tem a Declaração de Óbito como formulário de entrada de dados no sistema, e o fluxo desse documento varia de Estado para Estado (CARVALHO 1997).

Como principais qualidades do SIM, destacam-se (CARVALHO 1997):

- é universal;
- o treinamento em codificação de causa básica é padronizado para todo o país;
- e as inconsistências, especialmente de sexo, idade e causa básica, são sempre inferiores a 0,5% do total de óbitos (perfeitamente aceitável), apresentando os dados mais confiáveis se comparados aos aportados pelos demais sistemas de informação.

Como principais problemas detectados do SIM, destacam-se (CARVALHO 1997; OPAS/OMS 1998):

- estima-se que cerca de 20% dos óbitos ocorridos no país não são contabilizados, proporção que ultrapassa 50% em algumas localidades do norte e nordeste, enquanto a maior parte da região sul e sudeste, praticamente 100%, registra seus óbitos;
- acentuado número de óbitos por sintomas e sinais mal definidos, podendo refletir a falta de diagnóstico preciso e a falta de acesso da população aos serviços de saúde;

— e o preenchimento inadequado das Declarações de Óbito (DO), bem como o seu não preenchimento (principalmente nos Estados do norte e nordeste do país).

Indicadores que o SIM poderá fornecer para avaliações em saúde (CARVALHO 1997):

- mortalidade proporcional por grandes grupos de causas determinadas;
- mortalidade proporcional por faixa etária;
- taxa ou coeficiente de mortalidade por causas específicas;
- indicadores que favorecem a avaliação de riscos específicos à saúde de determinados grupos populacionais como o coeficiente ou taxa de mortalidade infantil, mortalidade proporcional por determinada doença em determinada faixa etária, taxa ou coeficiente de mortalidade materna;
- porcentagem de causas mal definidas no total de óbitos registrados;
- porcentagem de óbitos sem assistência médica por causas mal definidas no total de óbitos registrados;
- e o coeficiente geral de mortalidade.

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

Informações adequadas sobre os nascidos vivos, por outro lado, se constituíam num grande desejo de todos aqueles que se dedicavam ao estudos das Estatísticas Vitais. O SINASC, concebido em 1989 e cuja implantação no país foi iniciada em 1990, vislumbrava novas perspectivas para o estudo de problemas na área da

Saúde Pública. Através da sua implantação seria possível contar, em nível populacional, com importantes informações que iriam possibilitar maiores estudos sobre a mortalidade infantil (MELLO JORGE et al. 1992).

Como principais qualidades do SINASC, destacam-se (CARVALHO 1997):

- é universal;
- variedade e propriedade das informações que aporta, no que se refere à gestação, ao parto e ao nascido vivo;
- e desde sua concepção e implementação permite a operacionalização descentralizada, proporcionando aos municípios o uso oportuno dos dados por ele aportados.

Como principais problemas do SINASC, destacam-se (CARVALHO 1997):

- ausência de crítica no momento de entrada dos dados até o ano de 1996;
- priorização por algumas Secretárias Estaduais de Saúde (SES), em algumas variáveis em detrimento de outras;
- e a subnotificação de nascidos vivos.

Indicadores que o SINASC poderá fornecer para avaliações em saúde (CARVALHO 1997):

- proporção de nascidos vivos de baixo peso;
- proporção de prematuridade;
- proporção de partos hospitalares (ou cesáreas);

- proporção de nascidos vivos por faixa etária da mãe;
- número de nascidos vivos;
- taxa bruta de natalidade;
- e a taxa de fecundidade geral.

A P I – P N I – Subsistema de Informações do Programa Nacional de Imunização

Em 1994, para assegurar condições ideais de agilidade, qualidade e padronização das informações, o Programa Nacional de Imunizações junto ao DATASUS criou um Sistema de Informação para Avaliação do Programa de Imunizações: o SI-PNI/API. O sistema tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária além de controlar os índices de cobertura vacinal e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000b).

O Estado de São Paulo iniciou a utilização do sistema informatizado em 1998 com a implantação inicial em todas as regionais, seguidas da descentralização aos municípios. Atualmente 595 municípios (98% da população alvo do calendário básico de vacinação) dispõem dos dados informatizados, por sala de vacina, com a possibilidade de avaliar setorialmente o desempenho e cumprimento das metas mínimas estabelecidas para o êxito do programa de imunização. Apenas 50 municípios dos 645 existentes no Estado de São Paulo estão à margem da digitação. Esses dados são encaminhados às regionais de saúde através de impressos para a digitação, permitindo a

alimentação do sistema de 100% da informação dos municípios deste Estado (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2000).

É importante salientar que a base estadual do PNI/API utiliza-se das estimativas populacionais da Fundação SEADE, enquanto a base nacional utiliza-se das estimativas populacionais do IBGE, podendo dar diferentes resultados.

Os produtos do sistema API permitem, além da cobertura vacinal do calendário básico e das campanhas contra a poliomielite, avaliar a taxa de abandono, resíduo de população a vacinar, acompanhamento mensal de doses aplicadas e total de doses aplicadas. Inúmeras outras possibilidades podem ser extraídas utilizando-se os bancos de dados compatíveis com a utilização de outros softwares, tanto no âmbito municipal quanto estadual e federal. Desta forma, torna-se mais precisa e oportuna a identificação da necessidade de redirecionar e adequar as estratégias utilizadas na execução das ações do Programa de Imunização (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2000).

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Efetivamente implantado em 1983 e renomeado em 1991 para SIH/SUS, sem sofrer modificações significativas em seus formulários de entrada de dados, fluxo de documentos e processamento, continuou a ser realizado pela mesma equipe originária da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV). Embora transferida para o Ministério da Saúde e renomeada

DATASUS, dispõe de dados de morbidade geral em instituições vinculadas ao SUS, representando cerca de 80% da assistência médico-hospitalar do país, com total estimado de 1,2 milhão de internações mensais (CARVALHO 1997; OPAS/OMS 1998).

Como principais qualidades do SIH/SUS, destacam-se (CARVALHO 1997):

— a cada ano que se passa, aumenta o número de críticas incorporadas ao sistema, objetivando maior controle físico-financeiro promovendo simultaneamente o incremento da qualidade dos dados;

— e a confiabilidade da grande maioria das informações e extrema agilidade do sistema, permitem a vigilância epidemiológica e a avaliação e controle de ações. Sua utilização é relevante fonte de informação.

— Como principais problemas detectados do SIH/SUS, destacam-se (CARVALHO 1997):

— não é universal, cobrindo exclusivamente as internações do SUS (estimam-se 80% do total de internações do país e 90% quando se trata de alta complexidade e custo).

— e a AIH (Autorização de Internação Hospitalar), fonte primária dos dados SIH/SUS, mal preenchida devido à falta de treinamento de RH para seu preenchimento, sendo baseada nas informações anotadas nos prontuários médicos (também com precariedade de preenchimento) além das fraudes e manipulações que podem comprometer a qualidade dos dados aportados.

Indicadores que o SIH/SUS poderá fornecer para avaliação em saúde (CARVALHO 1997):

- tempo médio de permanência geral ou por alguma causa específica;
- valor médio da internação, geral ou por alguma causa específica;
- proporção de internação por causa ou procedimento selecionado;
- utilização da UTI;
- mortalidade hospitalar geral ou por alguma causa ou procedimento específico;
- taxa de utilização por faixa etária (por sexo, geral ou por causa);
- índice de hospitalização por faixa etária (e/ou sexo, geral ou por causa);
- e o índice de gasto com hospitalização por faixa etária (e/ou sexo, geral ou por causa).

1.3.3 Índices Sociais (Índice de Desenvolvimento Humano – IDH e Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS).

O fato de as regiões serem ou não desenvolvidas, está no centro dos principais dilemas das políticas nacionais e internacionais do último século, particularmente a partir do processo de descolonização. Conjunturas econômicas e políticas internacionais recentes mudaram as economias locais, os mercados de trabalho e as estruturas sociais. Dentre as inúmeras conseqüências desses processos, destaca-se a profunda alteração do papel dos Estados tanto em sua relação com outras nações, quanto

internamente, com cada unidade nacional, gerando importantes impactos para o desenvolvimento humano (FUNDAÇÃO SEADE 2001a).

A mais clássica medida de desenvolvimento dos diversos países do mundo tem sido dada pelo chamado Produto Interno Bruto per capita (PIB per capita). Este indicador, que caracteriza principalmente os aspectos econômicos do desenvolvimento, foi adotado de forma generalizada a partir dos anos 50, sob o estímulo das agências multilaterais como o Banco Mundial. Esse indicador não considera a questão da efetiva distribuição da renda interna, afetado pela variação cambial das diversas moedas nacionais e é unidimensional não captando questões como educação, saúde, meio ambiente etc.

Visando superar essas limitações inerentes ao PIB, considerado como um indicador social de “primeira geração”, foi criado o Índice de Desenvolvimento Humano- IDH em 1990, pelos economistas Mahbub Ul Haq e Amartya Sen, laureados com o Prêmio Nobel (FUNDAÇÃO SEADE 2001a).

Com significativo impacto, o IDH teve o grande mérito de sinalizar aos governantes dos diversos países e regiões do mundo, a proposição de que buscar o desenvolvimento não é sinônimo exclusivo de fazer crescer a produção.

O indicador IDH porém não deve ser entendido como a solução final e definitiva para a questão da medida do desenvolvimento, tendo sido usado como uma espécie de isca ou catalisador, estimulando a reflexão nos diversos países quando de sua divulgação pela Organização das Nações Unidas(ONU) (FUNDAÇÃO SEADE 2001a).

O Indicador de Desenvolvimento Humano (IDH) é a média aritmética de três indicadores: esperança de vida ao nascer (longevidade), educação e renda, dada pela fórmula (FUNDAÇÃO SEADE 1999):

$$\text{IDH} = (1/3) (\text{IL} + \text{IE} + \text{IR}) \text{ em que:}$$

IL = índice de longevidade, indicado pela esperança de vida ao nascer;

IE = índice de educação, compreendendo a taxa de alfabetização de adultos e a taxa combinada de matrícula nos ensinos fundamental, médio e superior; e

IR = índice de renda, expresso a partir da renda per-capita.

Como os três indicadores são expressos em uma escala de zero a um, a sua média também estará compreendida nesse intervalo. Os valores obtidos costumam ser classificados em três categorias, cujas faixas foram estabelecidas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (FUNDAÇÃO SEADE 1998):

$0 < \text{IDH} < 0,5$ = Baixo desenvolvimento humano.

$0,5 < \text{IDH} < 0,8$ = Médio desenvolvimento humano.

$0,8 < \text{IDH} < 1,0$ = Alto desenvolvimento humano.

O IDH, considerando o período de 1970 a 1996, e as 15 regiões administrativas nas quais o Estado de São Paulo foi metodologicamente dividido, teve notável evolução positiva, indicando não apenas a melhoria de sua condição de desenvolvimento humano, mas também a diminuição das desigualdades entre suas regiões, ao longo do tempo (FUNDAÇÃO SEADE 1999).

A metodologia do IDH foi aprimorada entre 1998 e 1999 pelo PNUD, através da aplicação de uma fórmula superior metodologicamente à anterior. Devido a essa mudança, através da metodologia utilizada até 1998 o Brasil obteria o índice no

valor de 0,809, enquanto pela nova metodologia utilizada a partir de 1999 o país obteve índice de 0,739, caindo 17 posições no ranking internacional de países. Além disso, a comparação de forma desagregada dos componentes do IDH (anteriormente citados) poderá revelar aspectos interessantes subjacentes ao desenvolvimento dos diversos locais, como por exemplo o Brasil que possui em PIB per capita semelhante ao da Costa Rica e muito superior ao da China, possui esperança de vida inferior a esses dois países (FUNDAÇÃO SEADE 2001a).

O IDH tinha algumas limitações quando utilizado para municípios, pois apresentava pequeno caráter discriminatório, obtendo poucas diferenciações de valores indicando pequena sensibilidade a mudanças temporais, variações lentas ao longo do tempo (FUNDAÇÃO SEADE 2001a).

Os municípios são unidades administrativas que apresentam velocidade e agilidade de mudanças sociais muito maiores se comparadas aos países, que muitas vezes carregam significativa inércia herdada de processos históricos de longa duração (FUNDAÇÃO SEADE 2001a).

Para subsidiar os trabalhos do Fórum São Paulo Século XXI, que teve entre seus patrocinadores o Governo do Estado de São Paulo e a Assembléia Legislativa Estadual, a Fundação SEADE, valendo-se de sua experiência no desenvolvimento de metodologias para o resumo de dados estatísticos secundários, provenientes do censo demográfico e dos registros administrativos, propôs a criação de indicadores sintéticos, para a classificação dos municípios do Estado de São Paulo segundo a qualidade de vida de seus habitantes. Tomando como base as vantagens e limitações do IDH, divulgado anualmente pelo PNUD, organizou-se um novo sistema de

referência estatística com o objetivo de subsidiar e proporcionar a avaliação dos resultados e dos esforços municipais, além de mensurar o grau de participação e controle da sociedade civil sobre tais ações; surge assim o Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS (FUNDAÇÃO SEADE 2001a).

Em ação conjunta (legislativo, governo e representantes da sociedade civil organizada), decidiu-se realizar um estudo exploratório a ser publicado ainda no ano 2000, iniciando processo de levantamento das fontes de dados e seleção das variáveis capazes de representar satisfatoriamente as dimensões (riqueza, longevidade e escolaridade) e os aspectos (resultados, esforços e participação) a serem mensurados.

A Fundação SEADE tentou considerar os resultados e os esforços em prol do desenvolvimento em âmbito municipal; mas apenas 3 variáveis contemplam o último aspecto, por estarem sob a governabilidade do poder público local; são elas (FUNDAÇÃO SEADE 2001a):

- valor fiscal per capita (pode-se melhorá-lo a partir da implementação de políticas de atração de investimento);
- taxa de mortalidade perinatal (pode-se melhorá-la a partir da melhoria da qualidade médico - hospitalar);
- e a participação da rede municipal da oferta de vagas para o ensino fundamental.

A reprodução pura e simples da metodologia de cálculo do IDH não foi adotada pelo SEADE em razão de dois obstáculos fundamentais: a inexistência de informações atualizadas sobre a renda per capita dos municípios paulistas e a pouca sensibilidade desse indicador a mudanças sociais de curto prazo.

Os indicadores sintéticos de riqueza, longevidade e escolaridade foram obtidos por meio da análise fatorial (técnica estatística de análise multivariada) que se aplica à identificação de fatores que apontem objetivamente para a agregação de um conjunto de medidas. Esses fatores derivados da análise fatorial são dimensões abstratas, cabendo ao pesquisador verificar se tais fatores podem ser interpretados de forma coerente com a natureza dos fenômenos ou processos estudados.

Apresenta-se a seguir a composição utilizada para o cálculo do IPRS dos indicadores sintéticos de riqueza, longevidade e escolaridade (FUNDAÇÃO SEADE 2001a):

- Riqueza municipal: rendimento médio dos postos de trabalho dos assalariados do setor privado com carteira de trabalho e dos assalariados do setor público; valor adicionado fiscal per capita; consumo anual per capita de energia comercial, de serviços e rural e consumo anual per capita de energia residencial;
- Longevidade: taxa de mortalidade infantil; taxa de mortalidade perinatal; taxa de mortalidade da população com mais de 60 anos taxa de mortalidade da população com 15 a 39 anos;
- Escolaridade: percentual de pessoas de 15 a 19 anos que concluíram o ensino fundamental; percentual de pessoas de 20 a 24 anos que concluíram o ensino médio; percentual de pessoas de 10 a 14 anos com mais de um ano completo de estudo; percentual de pessoas de 15 a 24 anos com mais de um ano completo de estudo e percentual

de matrículas da rede municipal do ensino fundamental no total da rede pública.

Foram estabelecidos escores para cada dimensão, obtendo-se a classificação abaixo relacionada:

Riqueza Municipal	Longevidade	Escolaridade		
		Baixa: até 59	Média: 60 a 69	Alta: 70 e mais
Baixa – escore até 49	Baixa: até 59	5	4	4
	Média: 60 a 69	4	3	3
	Alta: 70 e mais	4	3	3
Alta escore de 50 e mais	Baixa: até 59	2	2	1
	Média: 60 a 69	2	1	1
	Alta: 70 e mais	1	1	1

O Estado de São Paulo foi dividido em 5 macrorregiões enquanto seus municípios foram agrupados segundo suas populações. Todos os municípios integrantes dos Blocos A e B incluem-se na classificação < de 80.000 habitantes, apresentando a seguinte interpretação para os valores obtidos do IPRS (FUNDAÇÃO SEADE 2001a):

1PP – pólos alta riqueza com longevidade e escolaridade médias ou altas.

2PP – economicamente dinâmicos, com baixo desenvolvimento social.

3PP – saudáveis mas com baixo desenvolvimento econômico.

4PP - baixo desenvolvimento econômico e em transição social.

5PP – baixo desenvolvimento econômico e social.

O fundamental para a qualidade de qualquer indicador não é a competência ou a criatividade da equipe técnica, mas sim a existência e a qualidade da informação obtida e elaborada (FUNDAÇÃO SEADE 2001a).

A utilização de estatísticas ou indicadores sociais como ferramentas de avaliação deverá objetivar o aprimoramento das ações sociais, através (FUNDAÇÃO SEADE 2001a):

- do desenvolvimento mais adequado das políticas sociais, permitindo o acompanhamento e a evolução dos processos;
- do aumento do consenso social sobre as difíceis escolhas diante do sempre presente constrangimento dos recursos;
- da criação e revelação de responsabilidades dos diferentes atores envolvidos nos processos;
- e da inclusão nas agendas dos gestores, técnicos e usuários de temas que costumam ser desprezados, mal-interpretados ou mesmo negligenciados.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o comportamento de três indicadores de saúde (mortalidade infantil, cobertura vacinal/taxa de abandono da DPT e hospitalizações em menores de 5 anos) em municípios do Estado de São Paulo diferenciados segundo a presença do Programa de Saúde da Família – PSF.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o comportamento da mortalidade infantil e de seus componentes, no período de 1990 a 2000 e triênios 1995-1997 e 1998-2000, nos municípios dos Blocos A e B e no Estado de São Paulo.
- Identificar a cobertura vacinal básica (BCG, pólio, sarampo e DPT), em menores de um ano, no período de 1996 a 2000, nos municípios dos Blocos A e B e Estado de São Paulo.
- Identificar a taxa de abandono da vacina DPT (tríplice bacteriana) em menores de um ano, no período de 1998 a 2000 e respectivo triênio, nos municípios dos Blocos A e B e Estado de São Paulo.
- Descrever o comportamento das internações hospitalares por local de residência, em crianças menores de cinco anos, por diarreias, por infecção aguda de vias

aéreas superiores/pneumonias, e por todas as causas, no período de 1998 a 2000 e respectivo triênio, nos municípios dos Blocos A e B e Estado de São Paulo.

— Verificar a opinião de um gestor (prefeito) municipal por Bloco, quanto à prestação dos serviços de saúde em seu município e quanto ao Programa de Saúde da Família, bem como a satisfação de um usuário (município) por Bloco, em relação ao atendimento de saúde recebido.

3. MATERIAL e MÉTODO

3. MATERIAL e MÉTODO

3.1 Caracterização da Pesquisa

Pelo objetivo principal em caracterizar comportamentos, sem pretensões imediatas de solucioná-los, essa dissertação caracteriza-se como estudo descritivo de caráter exploratório (Faculdade de Saúde Pública/USP 1998).

3.2 Objeto de Estudo

O Programa de Saúde da Família caracteriza-se como objeto de estudo dessa dissertação, enquanto estratégia reorganizadora da atenção básica à saúde.

Para tal, foram comparados dois Blocos de municípios paulistas denominados A e B, que se diferenciam por possuírem ou não a implantação do Programa.

A metodologia utilizada, além de propiciar o estudo “ex ante” e “ex post” (antes/depois) da implantação do Programa (Bloco A), também permitirá a comparação entre os Blocos (Bloco B - sem a implantação do PSF), permeados pelo comportamento do Estado de São Paulo, sendo possível levantar hipóteses de impacto nos indicadores de saúde estudados: mortalidade infantil, cobertura vacinal /taxa de abandono (DPT) e hospitalizações.

3.2.1 Seleção dos Municípios

Com o objetivo de comparar o comportamento da mortalidade infantil, cobertura vacinal/taxa de abandono da DPT e hospitalizações (em menores de cinco anos), entre dois Blocos de municípios paulistas que se diferenciam pela implantação ou não do Programa de Saúde da Família – PSF, tendo o Estado de São Paulo como um pano de fundo para a pesquisa, o primeiro passo foi selecionar os municípios integrantes de cada Bloco.

Denominou-se Bloco A aquele constituído por municípios que possuem alta cobertura populacional pelo PSF. Trabalhou-se com a hipótese de que a reorganização da atenção básica pelo PSF seria diretamente proporcional à sua cobertura.

A Portaria MS/GM n.º 1329 de 12 de novembro de 1999 estabelece nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao PSF, parte integrante do Piso de Atenção Básica (PAB variável PACS/PSF). Define nove faixas de cobertura populacional em percentuais, onde a 1ª faixa de cobertura é de 0 a 5% da população do município e a 9ª faixa representa a cobertura de 70% e mais da população do município, onde o incentivo financeiro (PAB variável PACS/PSF) anual por equipe de saúde da família implantada varia de R\$ 28.000,00 (1ª faixa) a R\$ 54.000,00 (9ª faixa).

A Portaria utilizou para efeito de cálculo de cobertura uma equipe de saúde da família atendendo a 3.450 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1999b).

A partir do segundo semestre de 1998, os dados para fins de pagamento desse incentivo geravam relatórios informatizados, daí serem selecionados somente municípios que, a partir de 1º de janeiro de 1999, com o mesmo número de equipes implantadas permanecessem no programa até 31 de dezembro de 2000, e pertencessem à 9ª faixa da referida Portaria para comporem o Bloco A.

Utilizaram-se para esta seleção dois sistemas distintos de informação do PACS/PSF: o CAPSI e o SIAB.

O CAPSI (Sistema de Informação para o Pagamento do Incentivo Financeiro PACS/PSF) baseava-se no lançamento, pelos Estados, do número de ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e ESF (Equipes de Saúde da Família) que seus municípios efetivamente implantavam, atualizados mensalmente.

Por meio da análise de dados do Sistema CAPSI, foram encontrados 17 municípios com esta característica de cobertura pelo PSF ($\geq 70\%$), porém todos eles com menos de 10 mil habitantes. Salienta-se que, dos 645 municípios do Estado de São Paulo, 300 possuem esta característica demográfica (menos de 10 mil habitantes), segundo a Fundação SEADE/São Paulo.

O SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) baseia-se no lançamento de informações de saúde, cadastro de profissionais das equipes, bem como famílias e pessoas cadastradas no PSF, pelos municípios, com atualização mensal de informações (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998c).

Por meio do cadastro de profissionais das equipes e do número de famílias e pessoas cadastradas, base do sistema SIAB em março de 2001, somente 11

dos 17 municípios selecionados pelo CAPSI dispunham de informações completas de cadastros, no período de 1º de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2000.

Desse universo de 11 municípios, quatro deles eram recém-criados (1993), comprometendo a análise da série histórica de mortalidade infantil (1990-2000), que este estudo pretende realizar. Desses sete municípios pré-selecionados, todos apresentaram regularidade na alimentação de dados, nos bancos oficiais de informações utilizadas nesta pesquisa (CAPSI, SIAB, PNI-API, SIH-SUS, SIM e SINASC).

Desta forma, foram definidos os sete municípios integrantes do Bloco A, que são: Bananal, Caiuá, Lupércio, Narandiba, Oscar Bressane, Santópolis do Aguapeí e Silveiras. Esses municípios foram classificados segundo suas populações (demografia), DIRS ou regionais de saúde do Estado pertencentes (regionalização), percentual de cobertura pelo PSF. Faltava, porém, caracterizá-los segundo indicadores de qualidade de vida. Para isso, optou-se por utilizar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS (Tabela 01, Anexo 01).

Utilizando o IDH como parâmetro, todo o Bloco A foi classificado como médio IDH enquanto o Estado de São Paulo obteve alto IDH (ótima performance).

Foi usada a mesma classificação (médio IDH), além da demografia, regionalização e IPRS, para definir os municípios integrantes do Bloco B.

É importante citar que, com a referência ao IDH, os dois Blocos distintos de municípios, assim como o Estado de São Paulo, apresentaram pior desempenho no componente renda utilizado para a realização da média aritmética do IDH 96.

O Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), realizado em 2000 pela Fundação SEADE (Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo), tendo como demandante a Assembléia Legislativa do Estado, também utilizou médias aritméticas de seus componentes, reclassificando os municípios em mais extratos de pontuação tomando como base suas populações. Para a categoria de municípios com menos de 10 mil habitantes, à qual pertence todo universo de municípios integrantes de ambos os Blocos, tem-se a seguinte classificação do IPRS (FUNDAÇÃO SEADE 2001b):

1PP – pólos, alta riqueza com longevidade e escolaridade médias ou altas.

2PP – economicamente dinâmicos, com baixo desenvolvimento social.

3PP – saudáveis mas com baixo desenvolvimento econômico.

4PP – baixo desenvolvimento econômico e em transição social.

5PP – baixo desenvolvimento econômico e social.

O IPRS demonstrou maior sensibilidade e estratificação com referência à qualidade de vida, se comparado ao IDH, classificando os dois Blocos de municípios de 2PP a 5PP.

Visando a compatibilização dos municípios integrantes dos dois Blocos distintos utilizando a demografia, regionalização, implantação do PSF, IDH e IPRS, foram definidos comparativamente um a um os municípios integrantes do Bloco B, que são: Caiabu, Estrela do Norte, Itapura, Lagoinha, Mariápolis, Roseira e Sagres (Tabela 06, Anexo 1).

Foram também localizados os municípios integrantes dos diferentes Blocos, de acordo com as regionais de saúde no mapa do Estado de São Paulo (Mapa 01, Anexo 1).

3.2.1 Caracterização e Comparação dos Dois Blocos

Bloco A

Todos os municípios que o constituem possuem populações que, segundo dados do IBGE 1999, variam de 2.388 habitantes (Oscar Bressane) a 8.716 habitantes (Bananal).

Somente Bananal (79,16%) e Lupércio (91,01%), segundo base SIAB 03/01, não possuem cobertura universal pelo PSF, sendo que Caiuá, Narandiba, Oscar Bressane, Santópolis do Aguapeí e Silveiras a possuem.

As regionais de saúde do Estado (DIRs – Direções Regionais de Saúde) às quais pertencem são:

DIR XXIV - Taubaté (Bananal e Silveiras);

DIR XVI - Presidente Prudente (Caiuá e Narandiba);

DIR XIV - Marília (Lupércio e Oscar Bressane) e

DIR VI - Araçatuba (Santópolis do Aguapeí).

Todos os municípios são classificados por médio IDH, com valores que variam de 0,64 (Narandiba) a 0,78 (Caiuá e Oscar Bressane) e valores do IPRS que variam de 3PP (três municípios), 4PP (três municípios) a 5PP (um município).

Todos os parâmetros do Bloco A, anteriormente detalhados, integram a Tabela 01 do Anexo I.

Bloco B

Todos os municípios que o constituem possuem populações que, segundo dados (IBGE 1999), variam de 2.334 habitantes (Sagres) a 8.223 (Roseira), e não implantaram o PSF até o término da pesquisa (31 de dezembro de 2000), segundo base SIAB 03/01.

As regionais de saúde do Estado (DIR – Direção de Regional de Saúde) às quais pertencem são:

DIR XXIV - Taubaté (Roseira e Lagoinha);

DIR XVI - Presidente Prudente (Caiabu e Estrela do Norte);

DIR XIV - Marília (Mariápolis e Sagres) e

DIR VI - Araçatuba (Itapura).

Todos os municípios são classificados por médio IDH, com valores que variam de 0,61 (Lagoinha) a 0,75 (Mariápolis) e valores do IPRS que variam de 2PP (dois municípios), 3PP (três municípios) a 4PP (dois municípios).

Todos os parâmetros do Bloco B, anteriormente detalhados, integram a Tabela 06 do Anexo I.

Comparando os Dois Blocos

Visando comparar os dois Blocos de municípios, foram utilizadas aproximações para os valores de população, regionais de saúde às quais pertencem, cobertura pelo PSF e classificação do IDH e IPRS (Tabela 11, Anexo 1).

O total de habitantes do Bloco A é de 31.340 habitantes, com média por município de 4.477 habitantes enquanto o Bloco B o total é de 29.832 habitantes com média por municípios de 4.262 habitantes.

Todos os municípios do universo dos Blocos A e B apresentaram grau médio para o indicador IDH.

Os municípios do Bloco A possuem, em média, cobertura pelo PSF de 95,6%, enquanto todos os municípios do Bloco B não possuem implantação do PSF (percentual zero de cobertura).

O IPRS médio do Bloco B é igual a 3,0, enquanto o do Bloco A é de 3,7, e foi constatado que, em relação ao IPRS, o Bloco A apresenta piores resultados, se comparado com outro Bloco (Tabela 11, Anexo 1).

Todo o universo de municípios de ambos os Blocos está habilitado em algum tipo de gestão, segundo a NOB 01/96, sendo, portanto, responsáveis pela atenção básica de suas populações.

Desta forma, foram delineados os municípios integrantes dos dois Blocos distintos para efeito e comparações dos indicadores de saúde estudados

(mortalidade infantil, cobertura vacinal/taxa de abandono da DPT e hospitalizações em menores de cinco anos).

Visando verificar a evolução dos Índices Sociais, o IDH e o IPRS, utilizaram-se os valores disponíveis mais antigos (IDH 1991 e IPRS 1992) e os mais atualizados (IDH 1996 e IPRS 2000).

Para o cálculo de valores de cada Bloco nesses quatro anos (IDH 1991 e 1996 e IPRS 1992 e 2000), foram realizadas médias a partir do somatório dos valores anuais de cada município integrante de cada um dos dois Blocos, enquanto para o Estado de São Paulo utilizou-se o valor unitário diretamente disponível para cada um dos índices nos anos estudados (já citados anteriormente).

Desta forma obteve-se valor único representativo das médias anuais do IDH (1991 e 1996) e do IPRS (1992 e 2000) para os Blocos A e B no Estado de São Paulo.

Ambos os Blocos e o Estado de São Paulo foram também caracterizados segundo a área territorial (em km²), distribuição da população por faixa etária e urbano/rural (ambas distribuições calculadas em percentuais); saneamento básico (percentual de domicílios com água tratada, coleta de esgoto e coleta de lixo); rede assistencial SUS (número de leitos hospitalares – LH e número de unidades básicas de saúde – UBS) e tipo de gestão em saúde segundo a NOB 01/96.

A área territorial de cada Bloco foi calculada a partir da somatória das áreas territoriais dos sete municípios integrantes de cada um desses Blocos, sendo realizada a correspondente proporcionalidade com relação à área territorial total do

Estado de São Paulo. Foi realizada também a proporcionalidade da área territorial do Estado de São Paulo com relação à área territorial total do Brasil.

A distribuição da população por faixas etárias foi calculada a partir da soma das populações de cada um dos sete municípios integrantes de cada Bloco nas 12 faixas etárias disponíveis (de 0 a 9 anos, de 10 a 19 anos, de 20 a 29 anos, de 30 a 39 anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos, de 60 a 69 anos, de 70 a 79 anos e 80 anos e mais) da estimativa populacional do IBGE para o ano de 2001, obtida no *site* da WEB do DATASUS (www.datasus.gov.br) na base de dezembro de 2001. Para o Estado de São Paulo também foi utilizada a mesma base de dados, obtendo-se diretamente os valores unitários por faixa etária.

Com relação à distribuição populacional, urbana e rural, para os Blocos A e B realizaram-se médias dos valores obtidos a partir da somatória dos sete municípios integrantes de cada Bloco, expressas em percentuais, e para o Estado de São Paulo foram obtidos diretamente os valores percentuais de distribuição populacional. Tomou-se como base a estimativa SEADE 2000, disponível no *site* do SEADE (seade.sp.gov.br), na base dezembro de 2001.

A partir dos dados disponíveis do censo IBGE 1991 (as informações referentes ao censo de IBGE 2000 não tinham sido divulgadas até o momento da tabulação dos resultados pesquisados), obtiveram-se os valores unitários dos sete municípios integrantes de cada Bloco com relação ao saneamento básico (percentual de domicílios com água tratada, coleta de esgoto e lixo), realizando-se as médias a partir dos valores obtidos para cada Bloco, expressos em percentuais, e para o Estado de São

Paulo obtiveram-se diretamente os valores expressos em percentuais constituindo a Tabela 12 do Anexo 1.

A rede assistencial SUS (número de leitos hospitalares – LH e número de unidades básicas de saúde – UBS) disponível foi calculada a partir do somatório dos recursos existentes em cada um dos sete municípios integrantes de cada Bloco para os anos de 1998, 1999 e 2000, realizando-se a relação percentual, ano a ano, com relação aos valores obtidos para o Estado de São Paulo.

Usou-se o cadastro de unidades básicas de saúde e leitos hospitalares do SIA/SUS e SIH/SUS respectivamente, com base no mês de dezembro de 2001, disponível no *site* da WEB do DATASUS (datasus.gov.br).

O tipo de gestão em saúde segundo a NOB 01/96 dos municípios integrantes dos Blocos A, B e Estado de São Paulo foi obtido município a município tomando como base dados do mês de dezembro de 2001, diretamente na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (CIS/CPS/SES).

É importante salientar que metodologicamente foram utilizadas as últimas bases de informações disponíveis pelos órgãos oficiais no momento da pesquisa.

3.3 Seleção dos Indicadores

Devido às dificuldades para se medir a saúde de uma população, é freqüente buscarem-se dados de “não-saúde”, ou seja, morte e doença. Para a avaliação do nível de vida efetua-se a quantificação dos óbitos, ou seja, os indicadores de saúde

representariam uma medida indireta da saúde coletiva sendo usados como instrumentos de medição os coeficientes e índices de mortalidade (ROUQUAYROL 1994a).

Visando comparar o comportamento de saúde dos Blocos A e B, foram considerados os indicadores como instrumentos de monitoramento e avaliação de ações e serviços de saúde.

O processo de avaliação da atenção básica (Portaria MS/GM n.º 3.925 de 13 de novembro de 1998), e o Pacto dos indicadores da atenção básica (Portaria MS/GM n.º 723 de 10 de maio de 2001), que servem como base para a construção do processo de qualificação da gestão municipal, segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/SUS/2001), estabeleceram indicadores para que as metas fossem pactuadas pelos estados e municípios. Dentre estes indicadores, serão utilizados neste estudo a mortalidade infantil, a mortalidade infantil por causas evitáveis e a cobertura vacinal (por DPT), entre outros.

Considerou-se importante a análise das hospitalizações ou internações, uma vez que são responsáveis por parte de seu custeio, e muitas vezes evitáveis, desde que se tenha a atenção básica (porta de entrada do sistema de saúde) bem organizada e resolutive.

Embora todos os indicadores estudados sejam integrantes do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), não será utilizado este banco de dados, uma vez que somente municípios integrantes do PSF o possuem.

Serão analisados dados obtidos dos diferentes indicadores e períodos elencados através do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para mortalidade infantil; Sistema de

Informações do Programa Nacional de Imunizações (PNI/API) para cobertura vacinal e taxa de abandono DPT; e Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) para hospitalizações em menores de 5 anos.

A busca de variáveis que permitissem comparações de curto prazo colocou restrições ao leque das mesmas, possíveis de serem utilizadas nesse estudo.

Além dessas restrições, a informatização, a disponibilidade e a confiabilidade dos bancos de dados dos diferentes sistemas utilizados foram considerados, refletindo nos diferentes períodos de estudo avaliados.

3.3.1 Mortalidade Infantil

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) reflete as condições de vida de uma população e apoia-se na influência que os principais determinantes da qualidade de vida (alimentação, moradia, educação, saneamento básico, acesso a serviços de saúde, renda entre outros), exercem sobre a probabilidade (risco) de sobrevivência no primeiro ano de vida (MONTEIRO 1980; BREILH 1983). Esse índice tem sido reconhecido como um dos indicadores mais sensíveis das condições de saúde, bastante utilizado para comparação de diferentes regiões (LAURENTI 1987; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001f).

Pode ser considerado um coeficiente geral quanto específico concomitantemente. No primeiro caso, destina-se à avaliação do estado sanitário de uma comunidade em associação com outros indicadores. Como indicador específico, orienta a ação dos serviços de saúde pública ligados à saúde materno-infantil (ROUQUAYROL 1994a).

Os coeficientes de mortalidade são definidos como quocientes entre as frequências absolutas de óbitos e o número dos expostos ao risco de morrer, sendo esses óbitos classificados segundo causa e ou lugar. O CMI é talvez o mais utilizado dentre os coeficientes de mortalidade (ROUQUAYROL 1994a).

O instrumento de medida da mortalidade infantil, utilizado como indicador de saúde é o coeficiente de mortalidade infantil (CMI), calculado através da razão:

$$\frac{\text{Número de óbitos de crianças } < 1 \text{ ano de idade em determinado local e período.}}{\text{Número de nascidos vivos no mesmo local e período.}} \times 1000$$

Como o próprio nome sugere, a mortalidade infantil por causas evitáveis estima o número de óbitos em crianças menores de um ano de idade por causas evitáveis ocorridos em determinado local e período. É calculada através da razão (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001b):

$$\frac{\text{Número de óbitos em menores de 1 ano por causas evitáveis em determinado local e período.}}{\text{Número de nascidos vivos nesse mesmo local e período.}} \times 1.000$$

As altas taxas evidenciam a precariedade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001b). Essas mortes estão intimamente relacionadas às mortes prematuras pois éticamente correspondem à mortes que não deveriam ocorrer, uma vez que estas causas poderiam ter sido eliminadas ou seus efeitos controlados (TANIL e LIMA 2002).

Para o estudo dos óbitos em menores de um ano segundo evitabilidade, utilizou-se da classificação dos mesmos relacionada na Portaria MS/GM nº 723 de 10 de maio de 2001, ou seja: óbitos evitáveis (E); óbitos não evitáveis (NE) e óbitos mal definidos ou não classificados (MD/NC).

Por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), obteve-se o total de óbitos e suas respectivas classificações, no período de 1995 a 2000, para os dois Blocos e Estado de São Paulo, utilizando a base maio de 2002 (05/02) do SIM disponível no site da WEB do DATASUS (datasus.gov.br) para os anos de 1995 a 1999. Para o ano 2000 utilizou-se a base 05/02 do SIM disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo ao SEADE.

Além dessas informações, cuja a periodicidade é anual, tabularam-se os óbitos por triênios (1995 e 1997 – sem implantação do PSF e 1998 a 2000 – com implantação do PSF), gerando a Tabela 29 do Anexo1. Também para esses triênios realizou-se a relação percentual dos óbitos segundo a classificação de evitabilidade, tendo como base o número de óbitos totais ocorridos nos respectivos triênios para ambos os Blocos e Estado de São Paulo.

Os componentes da mortalidade infantil também serão detalhados, quais sejam os coeficientes de mortalidade neonatal precoce (óbitos infantis em menores de 7 dias/número total de nascidos vivos-NV); neonatal tardio (óbitos de 7 a 27 dias/NV); pós neonatal (óbitos de 28 dias até um ano de vida/NV) e neonatal (óbitos de 0 a 27 dias/NV), devido aos diferentes conjuntos de causas ligados a cada um deles.

A mortalidade infantil neonatal sofre grande influência das condições de funcionamento dos serviços de saúde, acesso a consultas de pré natal e assistência ao parto, enquanto a mortalidade infantil pós neonatal sofre maiores influência dos elementos do

meio ambiente como saneamento básico por exemplo, demonstrando a diversidade dos fatores causais de cada uma delas. Compreende os casos de crianças falecidas nos primeiros 27 dias de vida medidas pela relação (ROUQUAYROL 1994a):

$$\frac{\text{Número de óbitos de crianças de 0 a 27 dias em determinada área e período.}}{\text{Número de nascidos vivos nessa mesma área e período.}} \times 1000$$

As causas das mortes pós neonatais estão relacionadas às condições do meio em que essa criança vive, onde, saneamento básico, nutrição, habitação, educação, nível sócio-econômico, acesso à saúde, entre outros, são fatores que atuando sinérgicamente tornam-se determinantes desse componente da mortalidade infantil é calculada pela razão (ROUQUAYROL 1994a):

$$\frac{\text{Número de óbitos de crianças de 28 dias a 11 meses e 29 dias em determinada área e período.}}{\text{Número de nascidos vivos nessa mesma área e período.}} \times 1000$$

Como ponto de partida para o cálculo da mortalidade infantil e de seus componentes no período de 1990 a 2000, bem como, nos triênios 1995-1997 (antes da implantação do PSF) e 1998-2000 (após a implantação do PSF), obteve-se a série histórica dos nascidos vivos dos municípios integrantes do nos Blocos A, B e Estado de São Paulo (Tabela 13, Anexo 1), utilizando-se o SINASC em base de 12/2001.

A partir desses dados calculou-se o total anual do número de nascidos vivos (NV) dos 7 municípios dos integrantes de cada Bloco, obtendo-se também os valores anuais do Estado de São Paulo. Os valores dos nascidos vivos dos triênios 1995-1997 e 1998 – 2000 resultam da soma do número dos nascidos vivos dos anos correspondentes integrantes de cada um desses triênios.

A partir da base dezembro de 2001 (12/01) do SIM, obteve-se o número total de óbitos em menores de um ano em cada um dos sete municípios integrantes de cada Bloco e Estado de São Paulo para o período de 1990 a 2000 e triênios 1995 –1997 e 1998-2000 (Tabela 14, Anexo1), bem como a quantificação desses óbitos em neonatais precoces, neonatais tardios e neonatais (Tabela 15, Anexo1); e pós neonatais e infantis (Tabela 16, Anexo1). Calculou-se, também, o total dos valores obtidos dos 7 municípios integrantes de cada Bloco e do Estado de São Paulo para os diferentes componentes e para o total de óbitos em menores de um ano, gerando as Tabelas 17 e 18 do Anexo 1.

Calcularam-se os coeficientes de mortalidade infantil, neonatal precoce, neonatal tardio, neonatal e pós neonatal para os Blocos A e B e Estado de São Paulo, anualmente gerando a Tabela 19 do Anexo1. Já para os triênios 1995-1997 e 1998-2000, calcularam-se os mesmos componentes do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) respeitando a razão:

$$\frac{\text{Total de óbitos (por faixa etária dos componentes) em determinado período (anos de 1995 a 1997 e 1998 a 2000) e local (Blocos A, B e Estado de São Paulo)}}{\text{Total de nascidos vivos nesse mesmo período e local.}} \times 1000$$

É importante citar que, além do cálculo dos diferentes componentes do coeficiente de mortalidade infantil com periodicidade anual (período de 1990 a 2000) e

para evitabilidade dos óbitos em menores de 1 ano (período de 1995 a 2000), realizou-se o cálculo por triênios 1995 a 1997 e 1998 a 2000, visando a comparação desses resultados pré e pós implantação do Programa de Saúde da Família – PSF, respectivamente, permitindo, assim, melhor visualização e análise dos resultados obtidos.

3.3.2 Cobertura Vacinal e Taxa de Abandono da DPT

A vacinação representa um dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas e tem propiciado benefícios incontestáveis à população, por prevenir algumas doenças infecciosas que antigamente causavam grande mortalidade. (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 1998).

A imunização como conceito mais restrito, seria administração de determinada vacina, a qual pode ou não obter sucesso de imunização ou proteção à indivíduo de determinada doença. Segundo boletim do Banco Mundial, (1993 b), a vacinação é uma das intervenções mais efetivas no campo da saúde pública, no que diz respeito à relação custo/benefício (CUTTS e SMITH 1995).

O esquema vacinal básico constituído pela DPT ou tríplice bacteriana (contra a difteria, o tétano e a coqueluche), Sabin/Salk (contra a poliomielite), BCG (contra a tuberculose), contra a hepatite B, contra o *haemophilus influenzae* e contra sarampo, foi recomendado para as crianças até uma ano de idade somente em 1985 pelo “Expanded Program on Immunization – WHO/OMS” (EPI, 1985). Em 1974, foi instituído no Brasil o Programa Nacional de Imunizações, e este mesmo esquema foi implantado (com exceção das vacinas contra *haemophilus* e contra a hepatite b que passaram a fazer parte somente

em 1999 e 1998 respectivamente do esquema vacinal básico) (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2000).

Como a introdução das vacinas contra hepatite b e contra o haemophilus só ocorreu a partir de 1998, o presente estudo não as inclui como fonte de dados.

O Estado de São Paulo, possui o seguinte calendário de vacinação (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2000):

Idade	Vacinas
A partir do nascimento	BCG e Hepatite B (a partir 1998)
2 meses	DPT, Pólio, Hepatite B e Haemophilus ou Hib (a partir de 1999)
4 meses	DPT, Pólio e Hib
6 meses	DPT, Pólio e Hib
9 meses	Sarampo, Hepatite B e Febre Amarela (somente em algumas regiões do Estado)

Com o objetivo de acompanhar e avaliar a situação vacinal das crianças menores de um ano de idade nos Blocos A e B e Estado de São Paulo, utilizou-se da cobertura vacinal básica (Sabin, DPT, BCG e Sarampo) e da taxa de abandono da DPT ou triplice bacteriana.

A cobertura vacinal em menores de um ano pode ser definida como a proporção de crianças de um ano de idade vacinadas (no caso de vacinas com três doses

como a DPT e a Sabin, utiliza-se para efeito de cálculo a terceira dose), em determinado local e período.

É calculada através da equação :

$$\frac{\text{Número de crianças de um ano de vida vacinadas (no caso da DPT e a Sabin, com a 3ª dose) em determinado local e período.}}{\text{População de menores de um ano no mesmo local e período.}} \times 100$$

A taxa de abandono da DPT ou triplice bacteriana é calculada através da equação:

$$\frac{\text{Número de terceiras doses DPT - N.º de primeiras doses DPT, em menores de um ano, em determinado local e período.}}{\text{Número de primeiras doses de DPT, em menores de um ano, no mesmo local e período.}} \times 100$$

Medições diretas que relacionam vacinação com morbimortalidade e avaliação dos serviços de saúde são realizadas baseadas na cobertura vacinal, eficácia das vacinas e taxa de abandono da DPT ou Sabin (HENDERSON 1994).

Como fonte de dados, esse estudo utilizará o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (PNI-API) subsistema estadual em base dezembro de 2001. O subsistema estadual (SI-PNI-API) baseia-se na estimativa populacional do SEADE/ Secretaria de Planejamento do Estado de São Paulo, enquanto a base populacional

utilizada em nível federal do sistema PNI – API é a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

A morosidade no fluxo de informações dos diversos níveis e a utilização de diferentes estimativas populacionais (nível federal, IBGE e nível estadual – SEADE), poderão acarretar para um mesmo período a obtenção de diferentes resultados ou valores na dependência da base de dados utilizada.

As coberturas vacinais foram calculadas com base no número de doses aplicadas por vacina, (BCG, Sabin, Sarampo e DPT) e nas estimativas populacionais SEADE, ano a ano, para cada um dos Blocos e Estado de São Paulo mediante a valores de cada um dos sete municípios integrantes desses Blocos, no período de 1996 a 2000, resultando as Tabelas 21, 22, 23, 24 e 25 do Anexo I. Para as coberturas vacinais estudou-se o comportamento anual, não sendo possível o cálculo trienal uma vez que não havia disponibilidade dos valores de 1995 no subsistema PNI/API em base dezembro de 2001.

As taxas de abandono da DPT ou tríplice bacteriana foram calculadas para o período de 1998 a 2000 com periodicidades anual e trienal. O cálculo anual da taxa de abandono da DPT e das coberturas vacinais da Sabin, Sarampo, DPT e BCG propiciará a verificação do comportamento evolutivo das mesmas, enquanto o cálculo trienal (para taxa de abandono DPT) permitirá a avaliação comparativa em uma única imagem, traduzindo o valor desse indicador após a implantação do PSF (a partir de 1998) para os Blocos A e B permeados sempre pelos resultados do Estado de São Paulo.

Ressalta-se que os períodos estudados para cobertura vacinal (1996 a 2000) e taxa de abandono da DPT (1998 a 2000) foram definidos mediante a data de informatização do banco de dados do Sistema de Informação do PNI-API.

3.3.2 Hospitalizações

Hospitalizações em menores de cinco anos por pneumonias e diarreias são considerados marcadores da atenção básica para o PSF, bem como suas análises podem contribuir na avaliação do programa em determinado período e região (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998a, 1998c). Estes dados são obtidos através do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica – PSF) e do SIH-SUS (Sistema de Informações de Internações Hospitalares do SUS).

Optou-se pela utilização de dados do SIH-SUS, uma vez que o SIAB só dispõe destes dados para municípios integrantes do Programa de Saúde da Família (PSF).

O SIH-SUS não é universal, cobrindo exclusivamente as internações realizadas pela rede pública de serviços, ou melhor aquelas financiadas por recursos estatais, porém reúnem anualmente informações sobre o equivalente a 80% das internações ocorridas no país. Apesar destas muitas limitações, esse sistema de informação apresenta agilidade, sendo por isso, importante para o conhecimento do perfil dos atendimentos na rede hospitalar do SUS, no que se refere a vigilância epidemiológica e a avaliação e controle de ações (CARVALHO 1997).

Será utilizado o indicador número de internações por causa ou procedimento selecionado, por local de residência, em crianças menores de cinco anos, em determinado local e período presente no SIH-SUS.

A partir desses valores, a taxa de internação (bruta e em percentuais), de menores de cinco anos por causa especificada, local de residência para ambos os Blocos e Estado de São Paulo será calculada por meio da seguinte equação:

Número de internações por causa / procedimentos selecionado
em menores de 5 anos por local de residência em determinado período.
----- X 100
População menor de cinco anos nesses mesmos locais de residência
e período.

As causas ou procedimentos em menores de cinco anos por local de residência, selecionados através da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), no período de 1998 a 2000, são :

A00 a A09 (todas as doenças infecciosas intestinais/diarréias).

J00 a J06 (infecções agudas de vias aéreas superiores).

J10 a J18 (influenza e pneumonias).

J20 a J22 (outras infecções de vias aéreas inferiores).

J60 a J98 (outras doenças do aparelho respiratório).

e

Todas as causas.

As internações serão agrupadas em três grupos de causas: diarréias; infecções de vias aéreas superiores; inferiores; outras doenças do aparelho respiratório e pneumonias; e todas as causas gerando-se assim as Tabelas 26, 27 e 28 do Anexo 1.

Calcularam-se as taxas de hospitalização, utilizando-se o número de internações em menores de 5 anos por causas selecionadas e as estimativas populacionais anuais (utilizou-se a estimativa IBGE 1998) para o período de 1998 a 2000 em cada um dos 7 municípios integrantes de cada Bloco e Estado de São Paulo.

O cálculo anual dessas taxas proporcionará a análise do comportamento evolutivo desse indicador para o período estudado (1998 a 2000), enquanto o cálculo por triênio permitirá a avaliação comparativa em uma única imagem, traduzindo o valor dessa taxa após a implantação do PSF (a partir de 1998), para os Blocos A e B permeados pelos resultados do Estado de São Paulo.

O período estudado (1998 a 2000) para as hospitalizações/internações em menores de 5 anos por causas específicas e por todas as causas, por local de residência, foi definido mediante a informatização do banco de dados oficial do SIH-SUS para essas variáveis sendo utilizado para obtenção desses valores a base dezembro de 2001 desse sistema de informação.

A utilização da taxa de internações por faixa etária (menores de 5 anos) e por causas do CID 10 (diarreias, IVAS/pneumonias e gerais) neste trabalho fornecerá importantes subsídios gestores dos sistemas de saúde, ponderando as limitações e distorções que as informações obtidas por esse sistema poderão trazer.

3.3.4 Entrevistas com Gestores (Prefeitos) e Usuários (Municípios).

Essa dissertação caracterizada como descritiva exploratória pretende avaliar o comportamento de indicadores de saúde (mortalidade infantil; cobertura vacinal/taxa de abandono da DPT e hospitalizações) na presença (Bloco A) ou não (Bloco B) do PSF permeados pelos resultados do Estado de São Paulo, e propiciará a reflexão crítica dos gestores, profissionais e usuários do serviço de saúde com relação aos mesmos. Entretanto,

esse estudo não dispôs de qualquer instrumento para verificar os aspectos qualitativos como a satisfação desses atores sobre os sistemas de saúde.

Com o objetivo de verificar a opinião de um gestor (prefeito) municipal por Bloco estudado com relação ao seu município, quanto à prestação dos serviços de saúde em sua gestão e quanto ao Programa de Saúde da Família (PSF), estruturou-se o questionário a seguir (Entrevista com o Gestor, Anexo 2):

- 1) Município.
- 2) Dados pessoais (nome, partido pertencente, formação profissional e tempo no cargo).
- 3) Descreva seu município.
- 4) Quais as prioridades de sua administração com relação a saúde?
- 5) Qual sua opinião sobre os serviços de saúde prestados em seu município?
- 6) Qual sua opinião sobre o Programa de Saúde da Família?

A fim de verificar a opinião de um usuário (município) sobre seu município e quanto aos serviços de saúde recebidos, estruturou-se o seguinte questionário (Entrevista com o Município/ Usuário, Anexo 2):

- 1) Município.
- 2) Dados pessoais (nome, ocupação e endereço).
- 3) Descreva seu município.
- 4) Qual sua opinião sobre o serviço de saúde prestados em seu município?

De acordo com orientação do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, elaborou-se termo de consentimento para a divulgação de todas as entrevistas e slides realizados que deveriam ser assinados por cada um dos entrevistados (Termo de Consentimento, Anexo 2). A Comissão de Ética também

acatou e entendeu a solicitação de inclusão desses questionários nessa dissertação (OF.COEP/94/02, Anexo 2).

Como características metodológicas utilizadas na aplicação desses instrumentos (questionários) podem-se citar:

— caráter aberto das perguntas, sem alternativas pré estipuladas para respostas ou quais quer induções tendenciosas na formulação das mesmas.

— aplicação pela autora dessa dissertação mediante visita aos municípios, sem envio prévio para conhecimento e análise dos questionários pelos entrevistados (usuários e gestores).

— marcação prévia para aplicação dos questionários dos gestores (prefeitos), porém sem avisá-los da aplicação de questionários com usuários do sistema de saúde local.

— a escolha do municípe (usuário) a ser entrevistado, teve como critérios a presença física na unidade básica de saúde e a pré disposição em responder as perguntas formuladas.

— a seleção dos municípios visitados respeitou a demografia (semelhança no número de habitantes), a regionalização (mesma regional de saúde-DIR) e serem pertencentes a cada um dos Blocos estudados (A e B).

Tendo isso em vista, os questionários foram aplicados aos gestores e aos usuários de Bananal (Bloco A/ com PSF/ DIR XXIV-Taubaté) e Roseira (Bloco B/ sem PSF/ DIR XXIV-Taubaté).

Lidar com variáveis populacionais implica trabalhar com dados já disponíveis (dados secundários) sobre eventos diversos que ocorrem numa determinada

população ou mesmo o levantamento de variáveis populacionais que não são registradas de forma sistemática (dados primários) (ROUQUAYROL 1994a)

O inquérito por entrevista deverá sempre ser baseado em uma amostra de população institucional e não institucional, isto é, nos dados primários recolhidos diretamente dos informantes representando um todo (ROUQUAYROL 1994a).

Seguindo essas recomendações, essa dissertação trabalhou com dados secundários (indicadores de saúde e de qualidade de vida entre outros), e por meio da coleta primária de dados através de questionários estruturados procurou identificar a opinião dos gestores (institucional) e usuários (não institucional). Mediante o universo estudado com relação a todos os dados secundários já citados, ou seja, 7 municípios integrantes de cada Bloco, totalizando 14 municípios, a visita à somente dois desses municípios (um de cada Bloco) para as entrevistas (coleta de dados primários) teria caráter muito mais ilustrativo do que amostral.

Contudo, todo instrumento de avaliação, por mais singelo que seja, contribuirá para o que hoje se denomina “accountability”, ou seja, a necessária prestação de contas à sociedade, ao sujeitos envolvidos e aos beneficiários sobre as prioridades políticas e resultados atingidos (BARREIRA e CARVALHO 2001).

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização dos Blocos e Estado de São Paulo

4.1.1. Área Territorial e Distribuição da População

A área territorial do Estado de São Paulo é de 248.809 km², correspondendo a 2,91% do território nacional.

A área territorial do Bloco A é de 2.521 km², enquanto a do Bloco B é de 1.494 km², correspondendo respectivamente a 1,01% e 0,60% da área total do Estado.

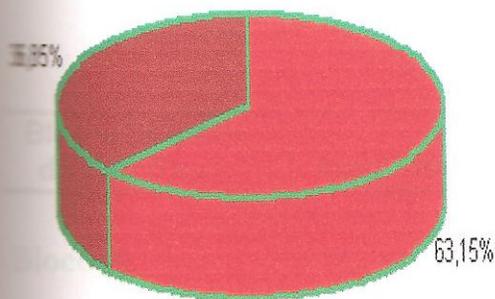
As proporções de população urbana nos Blocos A, B e Estado de São Paulo na zona urbana são de, respectivamente, 63,15%; 74,31% e 93,40%.

Além da maior extensão territorial do Bloco A com relação ao Bloco B (a área do Bloco A é 68,7% maior), o mesmo pode se dizer quanto ao percentual de população rural do Bloco A, que é 11,16% superior à do Bloco B (Figura 1 e Tabela 1).

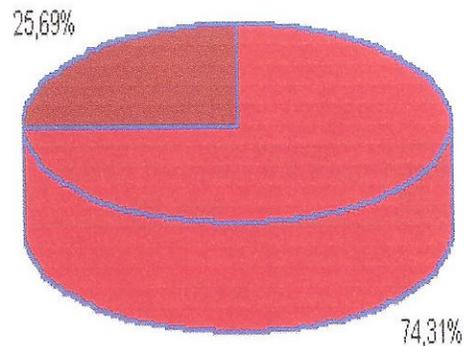
Figura 1 - Caracterização dos Blocos A e B e Estado de São Paulo, segundo: área territorial (em km²) e distribuição da população (em percentuais).

Distribuição da População

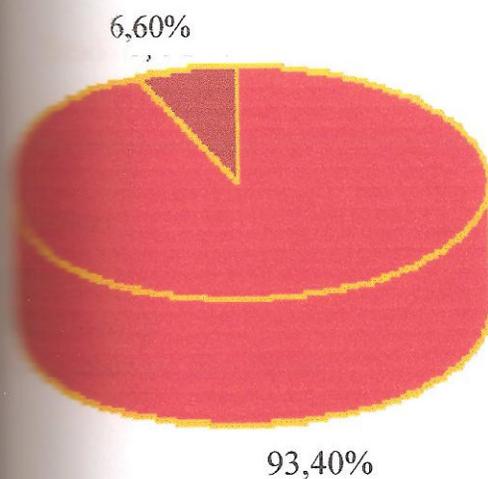
Bloco A



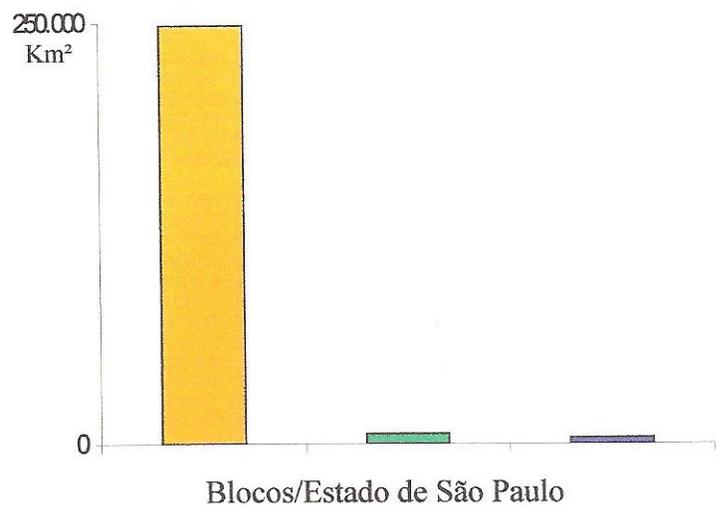
Bloco B



Estado de São Paulo



Área Territorial



Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

- População urbana
- População rural

Fonte: SEADE 2000

Tabela 1 - Caracterização dos Blocos A e B e Estado de São Paulo, segundo: área territorial (em km²) e distribuição da população (em percentuais).

Blocos/ Estado de São Paulo	Área Territorial (km ²)	Distribuição da População em %	
		Urbana	Rural
Bloco A	2521 km ² (1,01% do Estado)	63,15%	36,85%
Bloco B	1494 km ² (0,60% do Estado)	74,31%	25,69%
Estado de São Paulo	248.809 km ² (2,91 % do País)	93,40%	6,60%

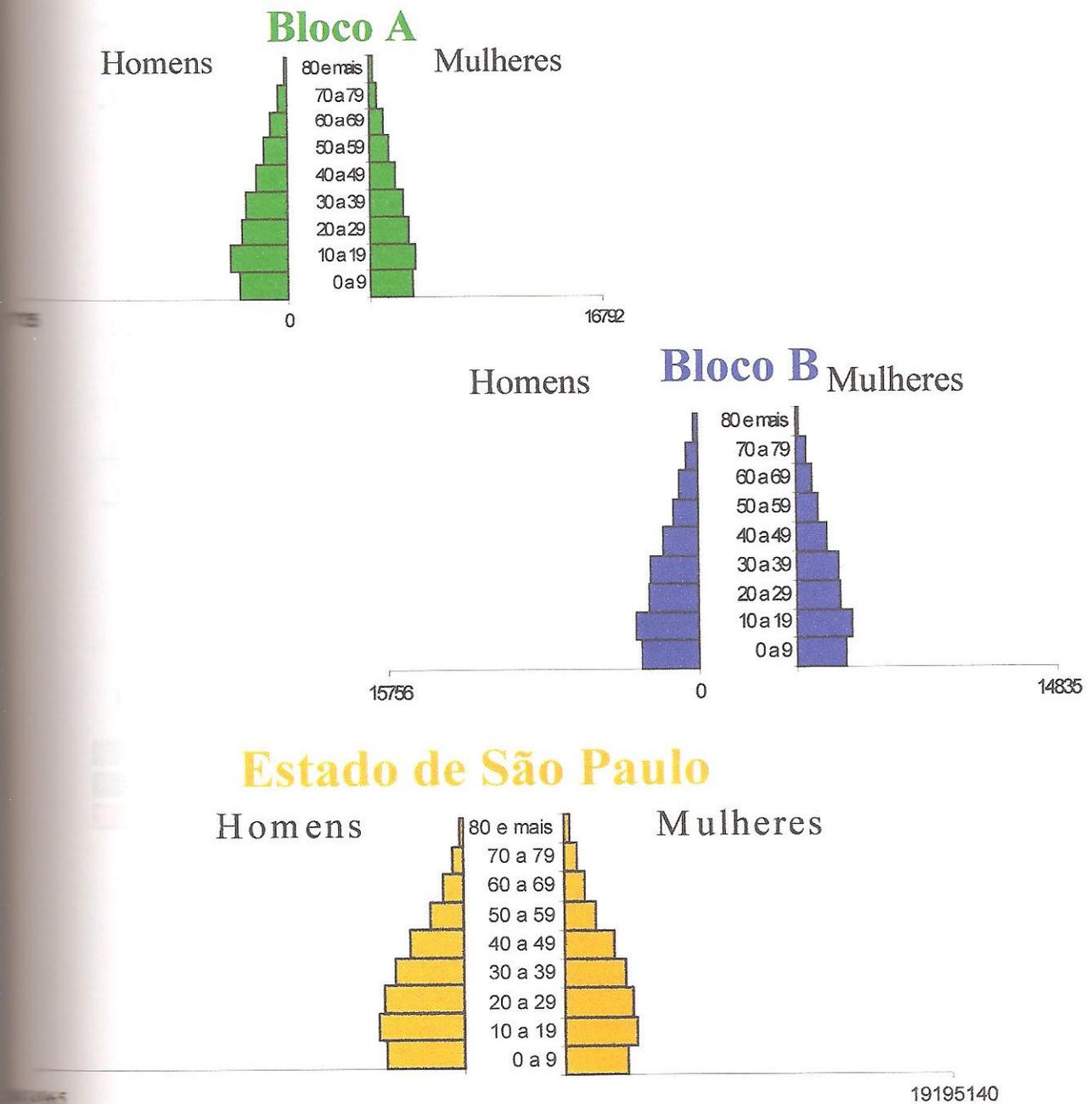
Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: SEADE 2000

As distribuições populacionais por faixa etária e sexo, para os Blocos A, B e Estado de São Paulo, guardariam entre si grande semelhança gráfica em forma de barril, sinalizando o processo de transição demográfica com o predomínio da população adulta idosa sobre as demais faixas etárias mais jovens (Figura 2 e Tabela 2).

Figura 2 - Distribuição populacional dos Blocos A, B e Estado de São Paulo, ano 2001.



Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: DATASUS 2002
(Estimativa IBGE 2001)

Tabela 2 - Distribuição populacional dos Blocos A, B e Estado de São Paulo, ano 2001.

Faixa Etária (em anos)	Bloco A		Bloco B		Estado de São Paulo	
	M	F	M	F	M	F
0 a 9	3001	3074	2861	2658	3288590	3179326
10 a 19	3495	3255	3204	2851	3586765	3554168
20 a 29	2822	2803	2517	2446	3399075	3452534
30 a 39	2557	2463	2402	2257	2940237	3086228
40 a 49	1921	1883	1788	1736	2307332	2465342
50 a 59	1494	1430	1272	1248	1438166	1567720
60 a 69	1048	1049	945	898	875569	1035869
70 a 79	587	557	580	546	455530	609465
80 e mais	210	278	187	195	143701	244488
Total	17135	16792	15756	14835	18434965	19195140

Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: DATASUS 2002
(Estimativa IBGE 2001)

4.1.2. Saneamento Básico

O Estado de São Paulo e os Blocos A e B possuem, respectivamente, 96,39%; 98,01% e 97,26% de seus domicílios com água tratada.

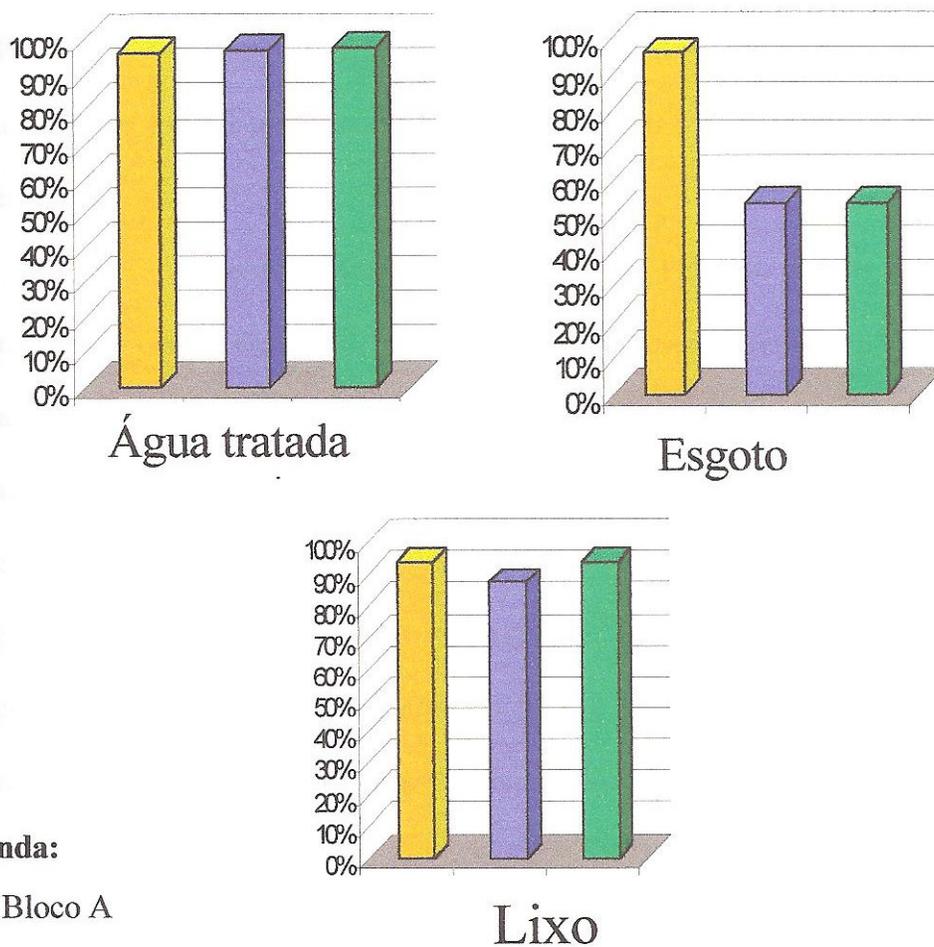
Quanto à coleta de esgoto, o Estado de São Paulo, possuía 96,03% de seus domicílios com esgoto coletado enquanto os Blocos A e B possuíam 53,61% e 53,93%, respectivamente.

Os percentuais de domicílio com coleta de lixo no Estado de São Paulo e Blocos A e B eram de 93,89%; 94,29% e 87,74%, respectivamente. Com relação ao saneamento básico, o Estado de São Paulo possui os melhores resultados, porém os Blocos A e B guardam proporções muito semelhantes entre si.

Os resultados obtidos para saneamento básico são oriundos do censo IBGE 1990 disponível a partir de 1991, pois os dados do censo 2000 não estavam disponíveis até o momento do término dessa pesquisa (Figura 3).

Figura 3 - Caracterização dos Blocos A, B e Estado de São Paulo, segundo: Saneamento Básico (água tratada, coleta de esgoto e coleta de lixo) em percentuais.

Saneamento Básico



Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

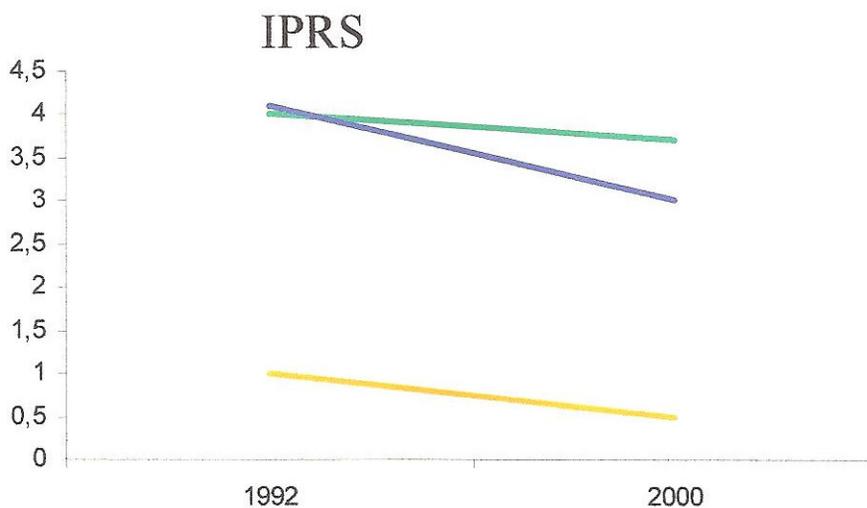
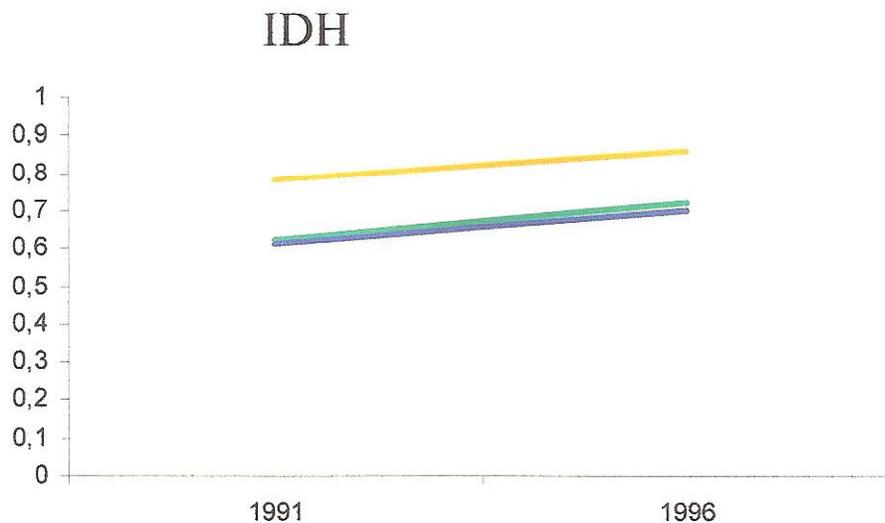
Fonte: IBGE 91

4.1.3 Índices Sociais – IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) e IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade Social).

Comparando o IDH de 1991 do Estado de São Paulo (0,78 – médio IDH), do Bloco A (0,62 – médio IDH) e do Bloco B (0,61- médio IDH) com o IDH 1996 para o Estado de São Paulo (0,86- alto IDH), Bloco A (0,72 – médio IDH) e Bloco B (0,70 – médio IDH), constata-se elevação de todos os valores refletindo a melhoria de todo o universo estudado com relação a esse indicador social, nesse período.

Também relacionando o IPRS de 1992 do Estado de São Paulo (médio-alto desempenho), Bloco A (4PP – baixo desenvolvimento econômico e em transição social) e Bloco B (4,1 PP – baixo desenvolvimento econômico e em transição social) com os valores IPRS 2000 para o Estado de São Paulo (alto desempenho), Bloco A (3,7 PP saudáveis, mas com baixo desenvolvimento econômico) e Bloco B (3,0PP – saudáveis, mas com baixo desenvolvimento econômico), constata-se assim, como o IDH, a melhoria do desempenho do IPRS para todo o universo estudado nesse período (Figura 4 e Tabela 3).

Figura 4 - Caracterização dos Blocos A,B e Estado de São Paulo, segundo: evolução das médias do IDH (1991 e1996) e IPRS (1992 e 2000).



Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: SEADE (1991, 1992, 1996 e 2000)

Tabela 3 - Caracterização dos Blocos A, B e Estado de São Paulo, segundo: evolução das médias do IDH (1991 e 1996) e IPRS (1992 e 2000).

Blocos / Estado de São Paulo	IDH		IPRS	
	1991	1996	1992	2000
Bloco A	0,62 (médio IDH)	0,72 (médio IDH)	4PP	3,7PP
Bloco B	0,61 (médio IDH)	0,70 (médio IDH)	4,1PP	3,0PP
Estado de São Paulo	0,78 (médio IDH)	0,86 (alto IDH)	Médio-alto desempenho	Alto desempenho

Legenda:

-  Bloco A
-  Bloco B
-  Estado de São Paulo

Fonte: SEADE (1991, 1992, 1996 e 2000).

4.1.4 Tipo de Gestão em Saúde e Inclusão no Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN).

O Estado de São Paulo qualifica-se, segundo a NOAS/01, como gestão avançada; enquanto segundo a NOB 01/96 o Bloco A, dos sete municípios que o integram, dois são plenos do sistema e cinco, plenos da atenção básica; enquanto todos os sete municípios integrantes do Bloco B são plenos da atenção básica (Tabela 4).

Tabela 4 - Tipo de Gestão em saúde , segundo a NOB 01/96 dos municípios integrantes dos Blocos A, B e Estado de São Paulo.

Municípios		Tipo de Gestão
Bananal	◆	Plena de Sistema
Caiuá		Plena da Atenção Básica
Lupércio		Plena da Atenção Básica
Narandiba		Plena da Atenção Básica
Oscar Bressane		Plena da Atenção Básica
Santópolis do Aguapeí	◆	Plena de Sistema
Silveiras		Plena da Atenção Básica
Roseira		Plena da Atenção Básica
Estrela do Norte		Plena da Atenção Básica
Mariápolis		Plena da Atenção Básica
Caiabú		Plena da Atenção Básica
Sagres		Plena da Atenção Básica
Itapura		Plena da Atenção Básica
Lagoinha		Plena da Atenção Básica
Estado de São Paulo		Gestão Avançada (NOAS/01)

Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: SES/SP 2001.

Quanto à habitação para o recebimento do incentivo do Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), tanto o Bloco A quanto o Bloco B possuem dos sete municípios integrantes de cada um, cinco municípios qualificados e dois não-qualificados.

É importante ressaltar que os quatro municípios não-habilitados (Santópolis do Aguapeí e Silveiras – Bloco A e Itapura e Lagoinha – Bloco B) ao recebimento do incentivo PCCN guardam entre si as mesmas características com relação à regional de saúde, população, demografia, somente diferindo pelo critério de possuírem ou não o Programa de Saúde da Família – PSF.

4.1.5. Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Leitos Hospitalares (LH)

SUS.

O Estado de São Paulo possuía em 1998, 1999 e 2000, 5.290 UBS, 5.265 UBS e 5.671 UBS, respectivamente, com um incremento anual de 1998 para 1999 de 1,01% e de 1999 para 2000 de 1,07%.

O Bloco A possuía em 1998, 1999 e 2000, 14 UBS (correspondendo a 0,27% do Estado), 17 UBS (correspondendo a 0,32% do Estado), e 19 UBS (correspondendo a 0,33% do Estado) respectivamente, com um incremento anual de 1998 para 1999 de 1,21% e de 1999 para 2000 de 1,11%.

O Bloco B possuía, em 1998, 1999 e 2000, 11 UBS (correspondendo a 0,21% do Estado), 11 UBS (correspondendo a 0,20% do Estado) e 12 UBS

correspondendo a 0,21% do Estado) respectivamente, sem incremento ou decréscimo de 1998 para 1999 e 1,09% de incremento de 1999 a 2000.

Todo o universo estudado teve aumento gradual do número de unidades básicas de saúde (UBS) com destaque de maiores incrementos anuais para o Bloco A e o Estado de São Paulo.

O Estado de São Paulo possuía em 1998, 1999 e 2000, 106.450 LH, 106.079 LH e 104.565 leitos hospitalares (LH) com decréscimo de 1998 para 1999 de 0,1% e decréscimo de 1,01% de 1999 para 2000.

O Bloco A possuía em 1998, 1999 e 2000, 57 LH (0,054% do Estado), 57 LH (0,053% do Estado) e 52 LH (0,049% do Estado) respectivamente, sem qualquer incremento ou decréscimo de 1998 para 1999 e decréscimo de 9,0% de 1999 para 2000. O Bloco B possuía em 1998, 1999 e 2000, o mesmo número de LH, ou seja, 15 leitos (0,14% do Estado), sem nenhum incremento ou decréscimo para estes períodos.

Tanto Bloco A como o Estado de São Paulo tiveram decréscimos progressivos no período de 1998 a 2000 no número de leitos hospitalares (LH), enquanto o Bloco B manteve o mesmo número de LH para esse mesmo período (Figuras 5 e 6 e Tabela 5).

Figura 5 - Caracterização dos Blocos A,B e Estado de São Paulo, segundo: leitos hospitalares (SUS) e unidades básicas de de saúde (SUS), nos anos de 1998, 1999 e 2000.

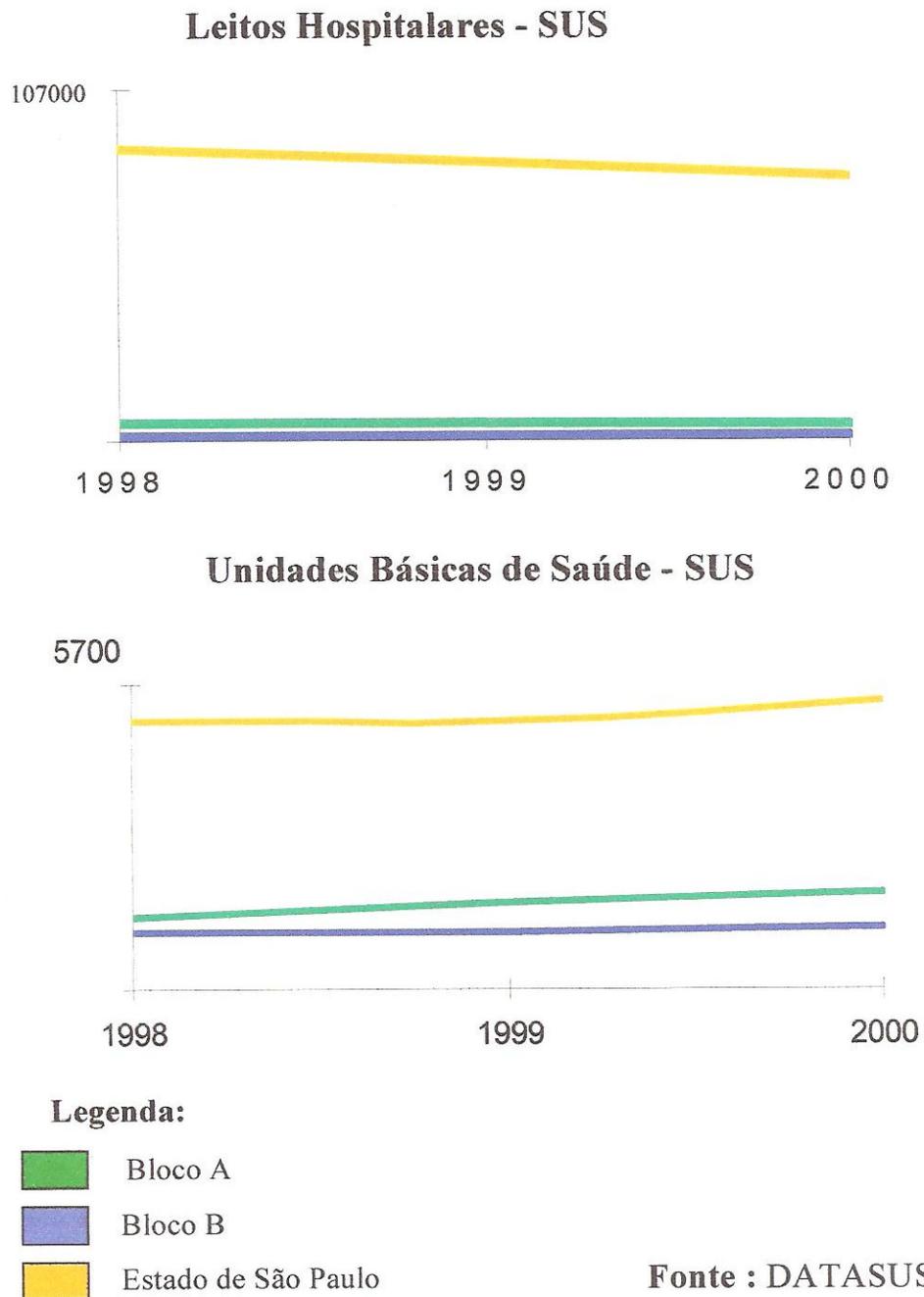
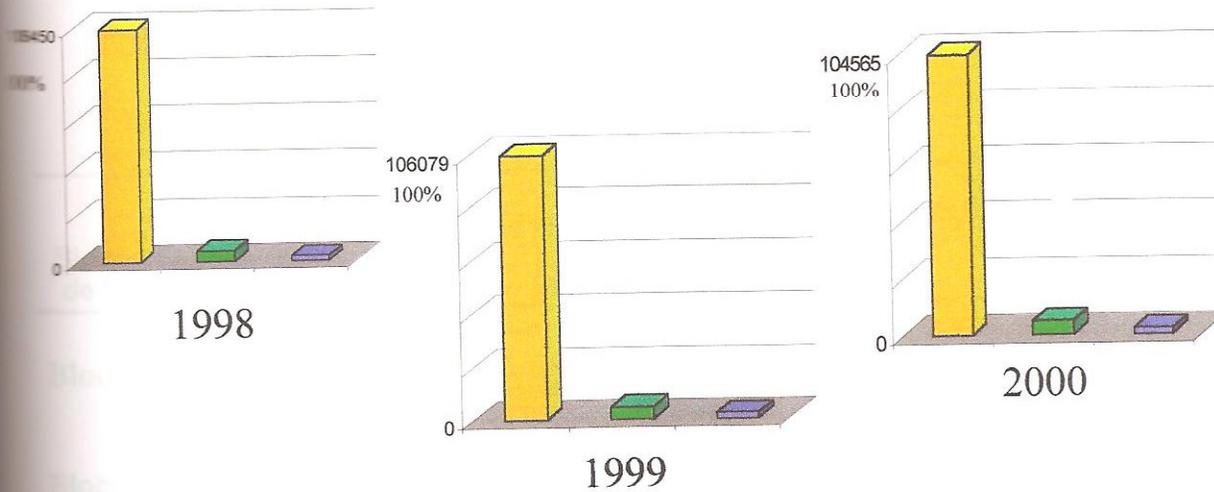
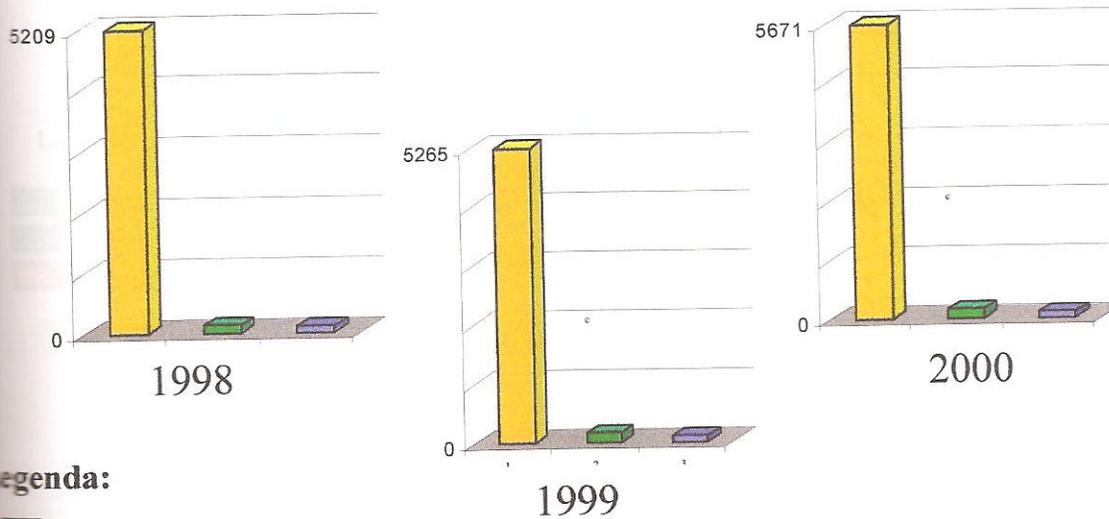


Figura 6 - Participação dos Blocos A e B , segundo: leitos hospitalares (SUS) e unidades básicas de saúde (SUS), no total do Estado de São Paulo no período de 1998 a 2000

Leitos Hospitalares - SUS



Unidades Básicas de Saúde - SUS



Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: DATASUS 2001

Tabela 5 - Caracterização dos Blocos A, B e Estado de São Paulo, segundo: leitos hospitalares (SUS) e unidades básicas de saúde (SUS), nos anos de 1998, 1999 e 2000.

Blocos/Estado de São Paulo	Leitos hospitalares			Unidades básicas de saúde		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Bloco A	57 (0,054% do Estado)	57 (0,053% do Estado)	52 (0,049% do Estado)	14 (0,27% do Estado)	17 (0,32% do Estado)	19 (0,33% do Estado)
Bloco B	15 (0,014% do Estado)	15 (0,014% do Estado)	15 (0,014% do Estado)	11 (0,21% do Estado)	11 (0,20% do Estado)	12 (0,21 % do Estado)
Estado de São Paulo	106.450	106.079	104.565	5.209	5.265	5.671

Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: DATASUS 2001

4.2 Mortalidade Infantil

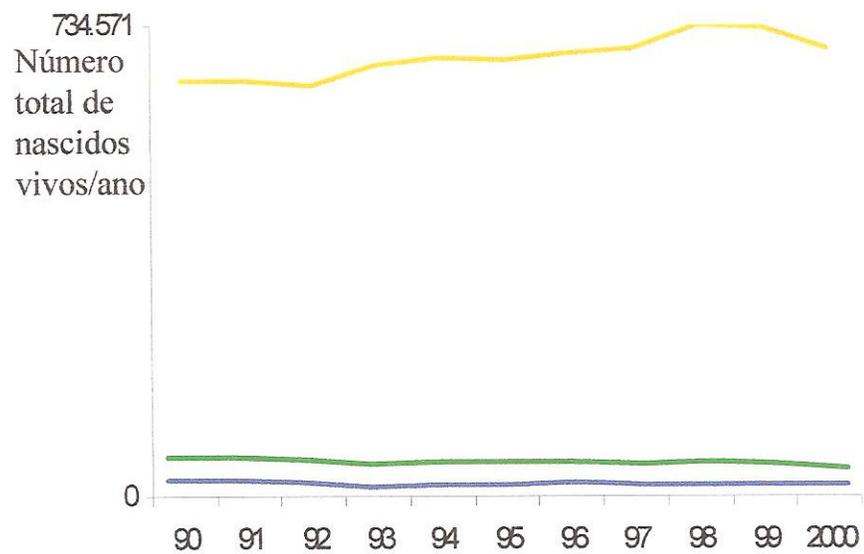
4.2.1. Nascidos Vivos e Óbitos em Menores de um Ano segundo a Evitabilidade

O número de nascidos vivos (NV) no período de 1990 a 2000 sofreu maiores oscilações nos Blocos A e B, se comparados ao Estado de São Paulo, considerando que populações menores estão sujeitas a maiores oscilações nos resultados ao se compararem com grandes populações.

Os Blocos A e B no triênio 1995-1997 apresentaram 1.750 e 1.621 NV, respectivamente, enquanto para o triênio 1998-2000 os valores foram de 1.713 e 1.478 NV, resultando num decréscimo de 1,2% para o Bloco A e 10,9% para o Bloco B, ao se compararem esses dois triênios.

O Estado de São Paulo apresentou 2.070.576 NV no triênio 1995-1997 e 2.162.025 NV no triênio de 1998-2000, resultando num incremento de 1,4% no número de nascidos vivos ao se compararem os dois triênios (Figura 7 e 8 e Tabela 6).

Figura 7 - Série histórica dos nascidos vivos dos Blocos A,B e Estado de São Paulo no período de 1990 a 2000.



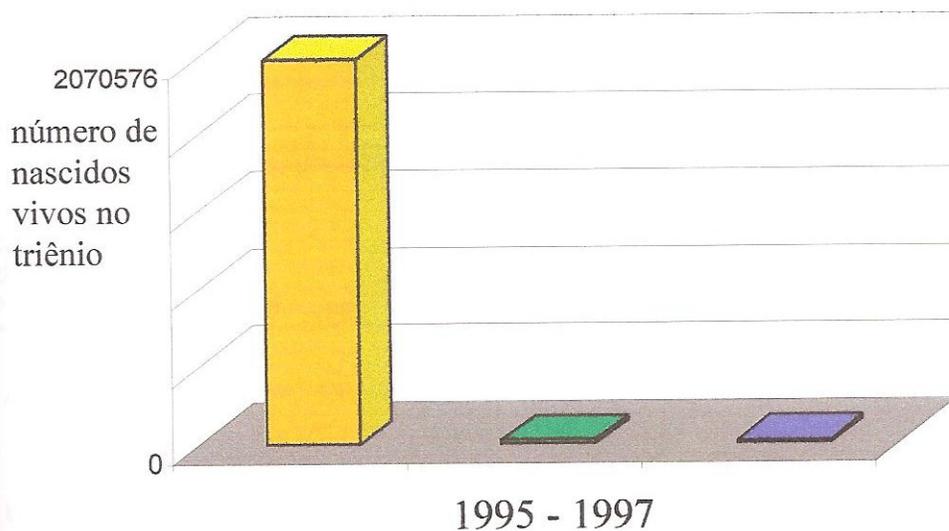
Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

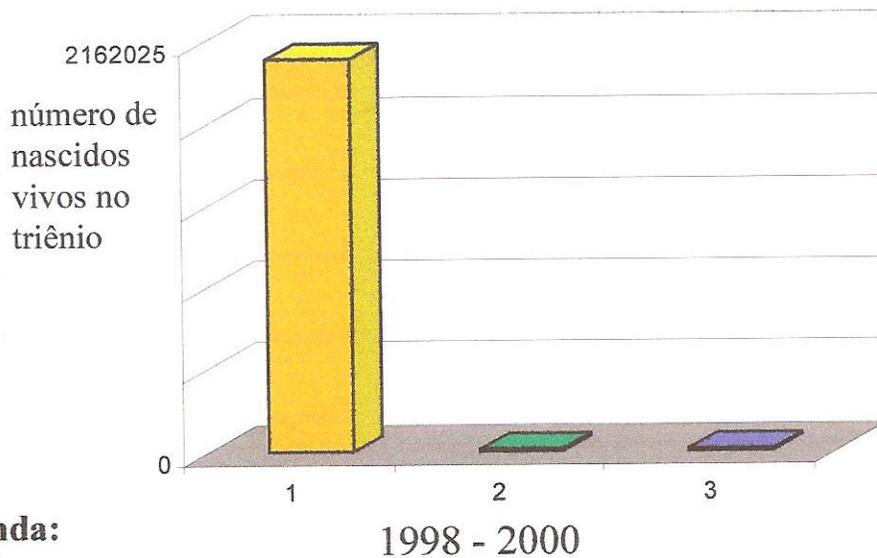
Fonte: SINASC
2001 (base 12/01)

Figura 8 - Série histórica dos nascidos vivos dos Blocos A,B e Estado de São Paulo nos triênios 95-97 e 98-00.

Triênio 1995 - 1997



Triênio 1998 - 2000



Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: SINASC
2001 (base 12/01)

Tabela 6 - Série histórica dos nascidos vivos dos Blocos A, B e Estado de São Paulo no período de 1990 a 2000 e triênios 1995-1997 e 1998-2000.

Blocos/ Estado de São Paulo	Número total de nascidos vivos / ano											Triênio 95-97	Triênio 98-00	Total de nascidos vivos - período 1995 a 2000
	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00			
Bloco A	676	659	648	536	564	564	630	556	585	583	545	1750	1713	3463
Bloco B	564	594	586	533	580	571	511	539	532	499	447	1621	1478	3099
Estado de São Paulo	648.482	648.934	642.595	673.227	684.801	680.576	689.688	700.312	734.571	729.948	697.506	2.070.576	2.162.025	4.232.601

Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: SINASC 2001 (base 12/01)

Utilizando-se como critério a evitabilidade dos óbitos em menores de um ano nos triênios 1995-1997 e 1998-2000, com a classificação evitável (E), não-evitável (NE) e mal-definida ou não-classificada (MD/MC), obteve-se como resultado:

Triênio 1995-1997

- Bloco A: do total de óbitos (37=100%); 31 óbitos eram evitáveis, (83,8%); quatro óbitos não-evitáveis (10,8%); e dois óbitos eram mal-definidos ou não-classificados (5,4%).
- Bloco B: do total de óbitos (25 = 100%); 12 eram evitáveis (48,0%); seis não-evitáveis (24,0%) e sete mal-definidos ou não-classificados (28%).
- Estado de São Paulo: do total de óbitos (47.593 = 100%); 36.585 eram evitáveis (76,8%); 6.185 não-evitáveis (12,9%) e 4.823 eram mal-definidos ou não-classificados (10,3%).

Triênio 1998-2000

- Bloco A: do total de óbitos (32 =100%); 23 óbitos eram evitáveis (71,8%); oito óbitos não-evitáveis (25,0%); e um era mal-definido ou não-classificado (3,2%).
- Bloco B: do total de óbitos (25 = 100%); 16 eram evitáveis (64,0%); oito não-evitáveis (32,0%) e um mal-definido ou não-classificado (4,0%).

— Estado de São Paulo: do total de óbitos (38.421 = 100%); 30.350 eram evitáveis (78,9%); 5.977 não-evitáveis (15,5%) e 2.094 eram mal-definidos ou não-classificados (5,6%).

Para todo o universo estudado ao se compararem os resultados obtidos no triênio 1998-2000 com o triênio 1995-1997, nota-se o decréscimo dos óbitos em menores de um ano não-classificados ou mal-definidos porém ao se utilizar o critério evitabilidade, somente o Bloco A apresentou decréscimo (11,9%). Nessa específica classificação dos óbitos, o Bloco B e o Estado de São Paulo tiveram o incremento de 16% e 2,1% respectivamente (Tabela 7).

Tabela 7 - Relação percentual dos óbitos em menores de 1 ano, segundo evitabilidade nos Blocos A, B e Estado de São Paulo, nos triênios 1995-1997 e 1998- 2000

Bloco/ São Paulo	Triênio 95-97				Triênio 98-00			
	E	NE	MD NC	T	E	NE	MD NC	T
Bloco A	31 (83,8%)	4 (10,8%)	2 (5,4%)	37 (100%)	23 (71,8%)	8 (25,0%)	1 (3,2%)	32 (100%)
Bloco B	12 (48,0%)	6 (24,0%)	7 (28,0%)	25 (100%)	16 (64,0%)	8 (32,0%)	1 (4,0%)	25 (100%)
Estado de São Paulo	36585 (76,85%)	6185 (12,9%)	4823 (10,3%)	47593 (100%)	30350 (78,9%)	5977 (15,5%)	2094 (5,6%)	38421 (100%)

Legenda:

■ Bloco A
■ Bloco B
■ Estado de São Paulo

T = total
 E = Evitável
 NE = Não Evitável
 MD/NC = Mal Definida ou não
 classificada

Fonte: DATASUS 2002 (base
 05/02, anos 95-99) e SEADE
 SES/SP 2002 (base 05/02, ano
 2000)

4.2.2. Coeficientes de Mortalidade Infantil e seus Componentes.

Os coeficientes de mortalidade infantil estudados (neonatal precoce, neonatal tardio, neonatal, pós-neonatal e infantil) no período de 1990 a 2000 sofreram maiores oscilações nos Blocos A e B, ao se compararem ao Estado de São Paulo, devendo ser lembrado que resultados correspondentes a populações pequenas estão geralmente sujeitos a maiores variações (Figuras 9 e 10).

Figura 9 - Série histórica dos coeficientes de mortalidade infantil (CMI) neonatais precoces (NP) , neonatais tardios (NT), neonatais (N) nos Blocos A, B e Estado de São Paulo no período de 1990 a 2000 (por 1000 NV).

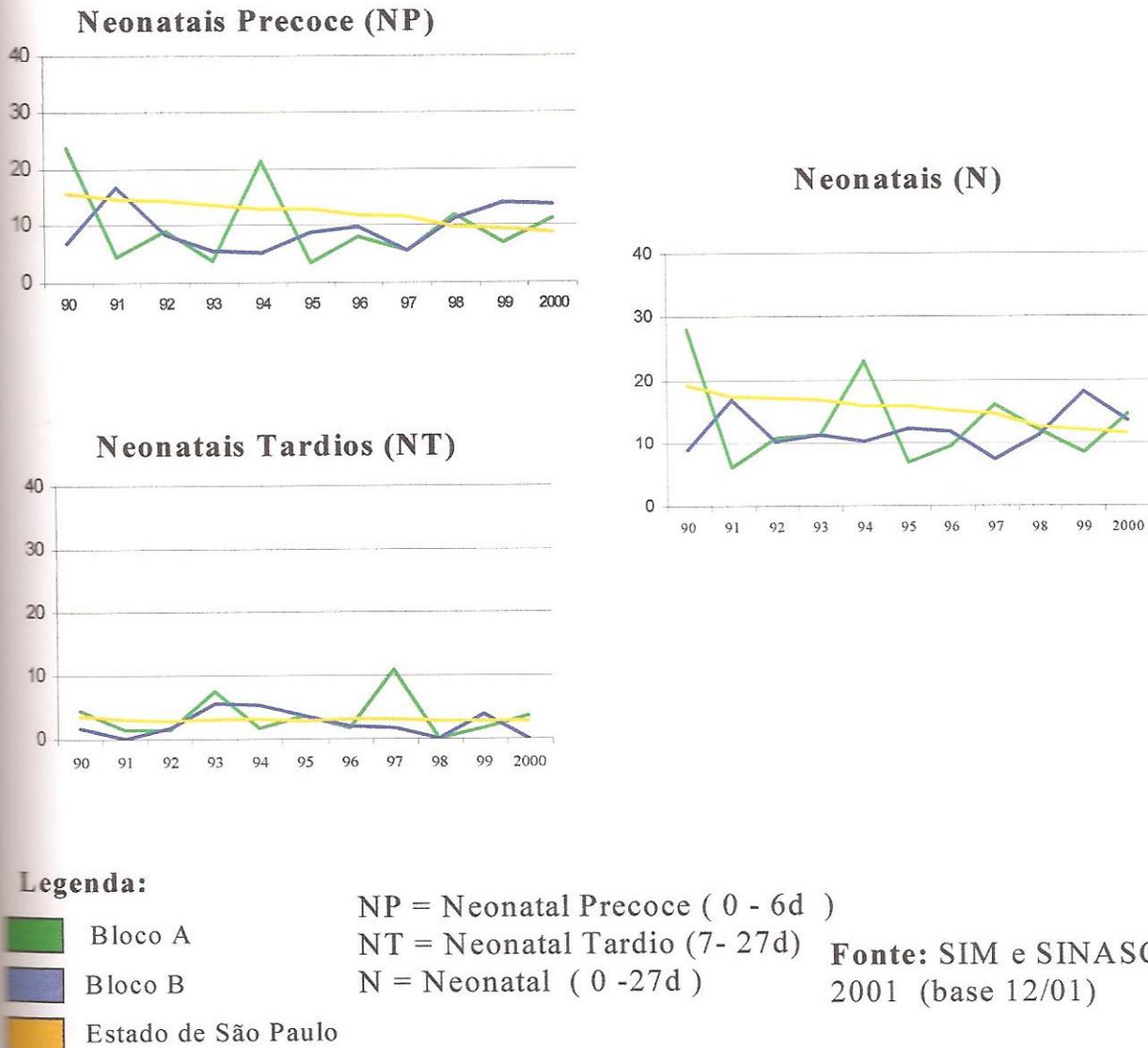
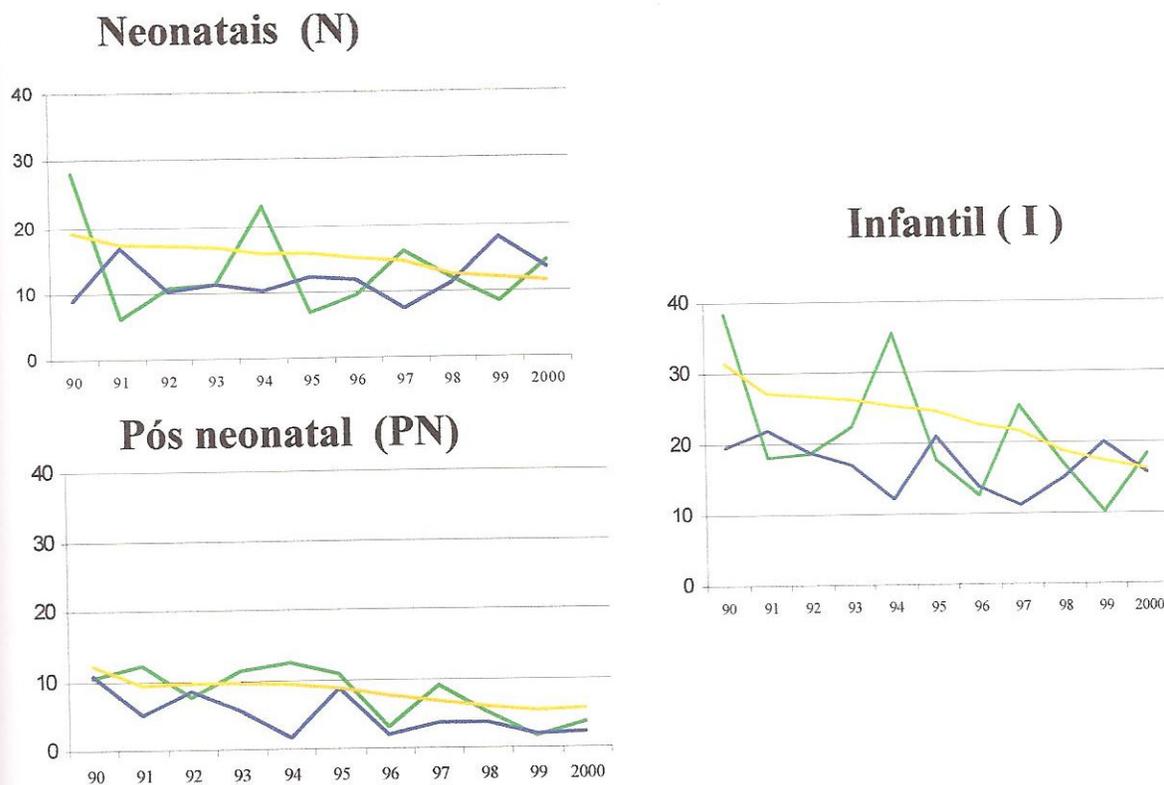


Figura 10 - Série histórica dos coeficientes de mortalidade infantil (CMI) pós neonatal (PN), infantil (I) e neonatais (N) nos Blocos A, B e Estado de São Paulo no período de 1990 a 2000 (por 1000 NV).



Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

PN = Pós neonatal (30d - 11 m 29d)

I = infantil (0 a 1 ano)

N = Neonatal Total (0 -27d)

Fonte: SIM e SINASC
2001 (base 12/01)

Os Blocos A e B apresentaram no triênio 1995-1997 o coeficiente de mortalidade infantil neonatal de 10,8 óbitos/1000NV e 10,4 óbitos/1000NV, respectivamente, e para o triênio 1998-2000 os valores de 11,6 óbitos/1000NV (Bloco A) e 14,2 óbitos/1000NV (Bloco B), resultando num aumento para o triênio 1998-2000 de 7,4% para o Bloco A e 36,5% para Bloco B, sendo atribuído ao componente neonatal precoce o maior aumento proporcional; enquanto para ambos os Blocos nota-se decréscimo do componente neonatal tardio.

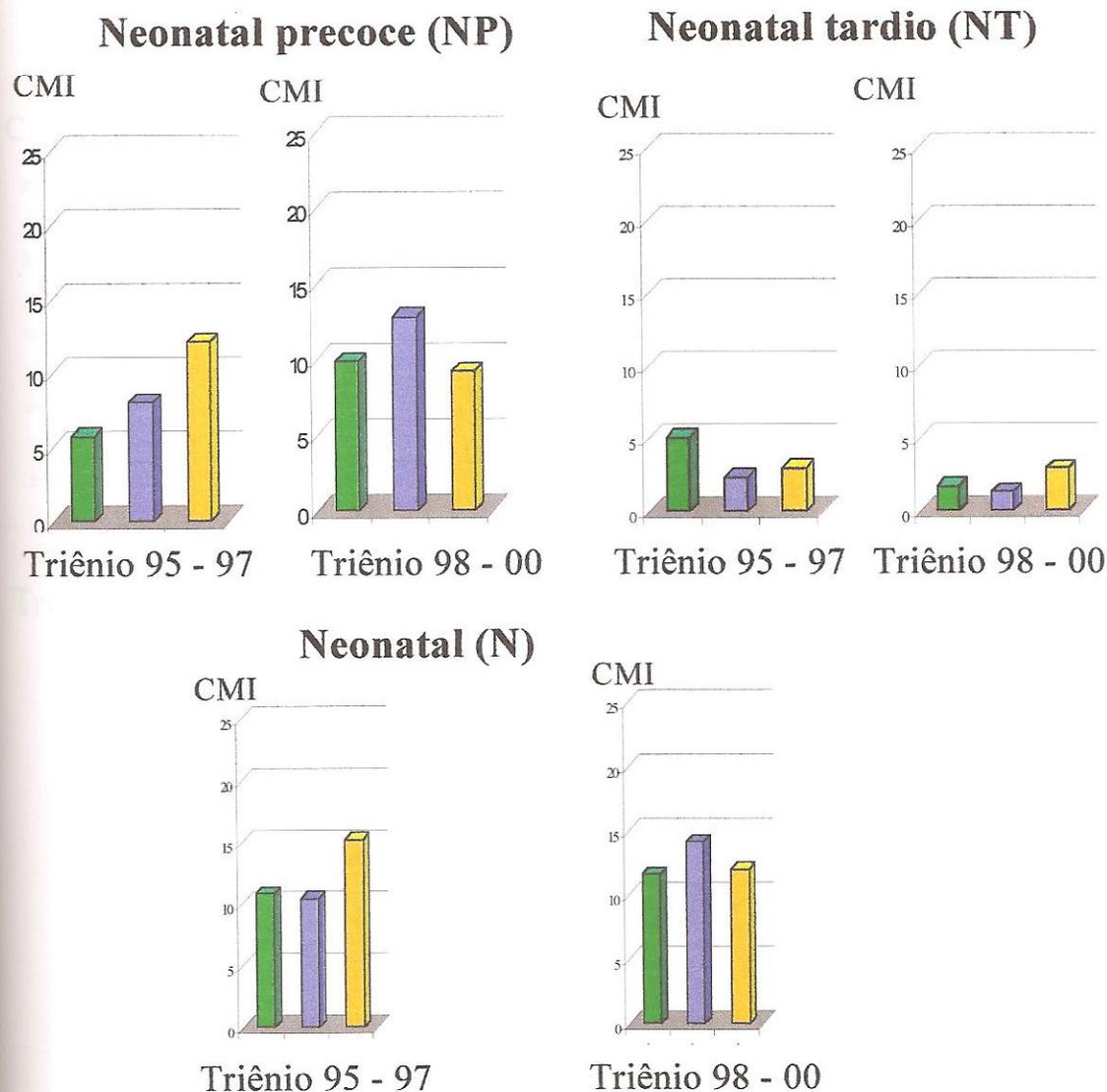
Já o Estado de São Paulo teve decréscimo dos coeficientes de mortalidade infantil neonatal de 15,2 óbitos/1000NV no triênio 1995-1997 para 12,0 óbitos/1000NV no triênio 1998-2000 (redução de 21,7%), sendo atribuída a menor parcela ao componente neonatal tardio e a maior ao neonatal precoce.

O Estado de São Paulo e os Blocos A e B tiveram decréscimo do coeficiente de mortalidade infantil pós-neonatal no valor de 2,1 óbitos/1000NV (ou 26,9%), 3,9 óbitos/1000NV (ou 52,7%), e 2,2 óbitos/1000NV (ou 44,9%) respectivamente, ao se compararem o triênio 1998-2000 com o triênio 1995-1997, sendo que os valores do triênio 1998-2000 para o CMI pós-neonatal dos Blocos A, B e Estado de São Paulo, são, respectivamente: 3,5 óbitos/1000NV (Bloco A); 2,7 óbitos/1000NV (Bloco B) e 5,7 óbitos/1000NV (Estado de São Paulo).

O coeficiente de mortalidade infantil do Bloco A (para o triênio 1998-2000) foi de 15,1 óbitos/1000NV e o Estado de São Paulo (para o triênio 1998-2000, 17,6 óbitos/1000NV) apresentaram decréscimo no valor de 3,2 óbitos/1000NV (ou 17,5%) e de 5,3 óbitos/1000NV (ou 23,4%), respectivamente, ao se compararem esses triênios (1998-2000 e 1995-1997).

O Bloco B (para o triênio 1998-2000, o CMI foi de 16,9 óbitos/1000NV) tendo um aumento no valor de 1,5 óbitos/1000NV (ou 9,7%) ao se compararem os valores desses mesmos triênios, ou seja, 1995-1997 e 1998-2000 (Figuras 11 e 12 e Tabela 8).

Figura 11 - Série histórica dos coeficientes de mortalidade infantil (CMI), neonatais precoces, neonatais tardios, neonatais, nos triênios 1995-1997 e 1998 - 2000 (por 1000 NV)



Legenda:

- Bloco A**
- Bloco B**
- Estado de São Paulo**

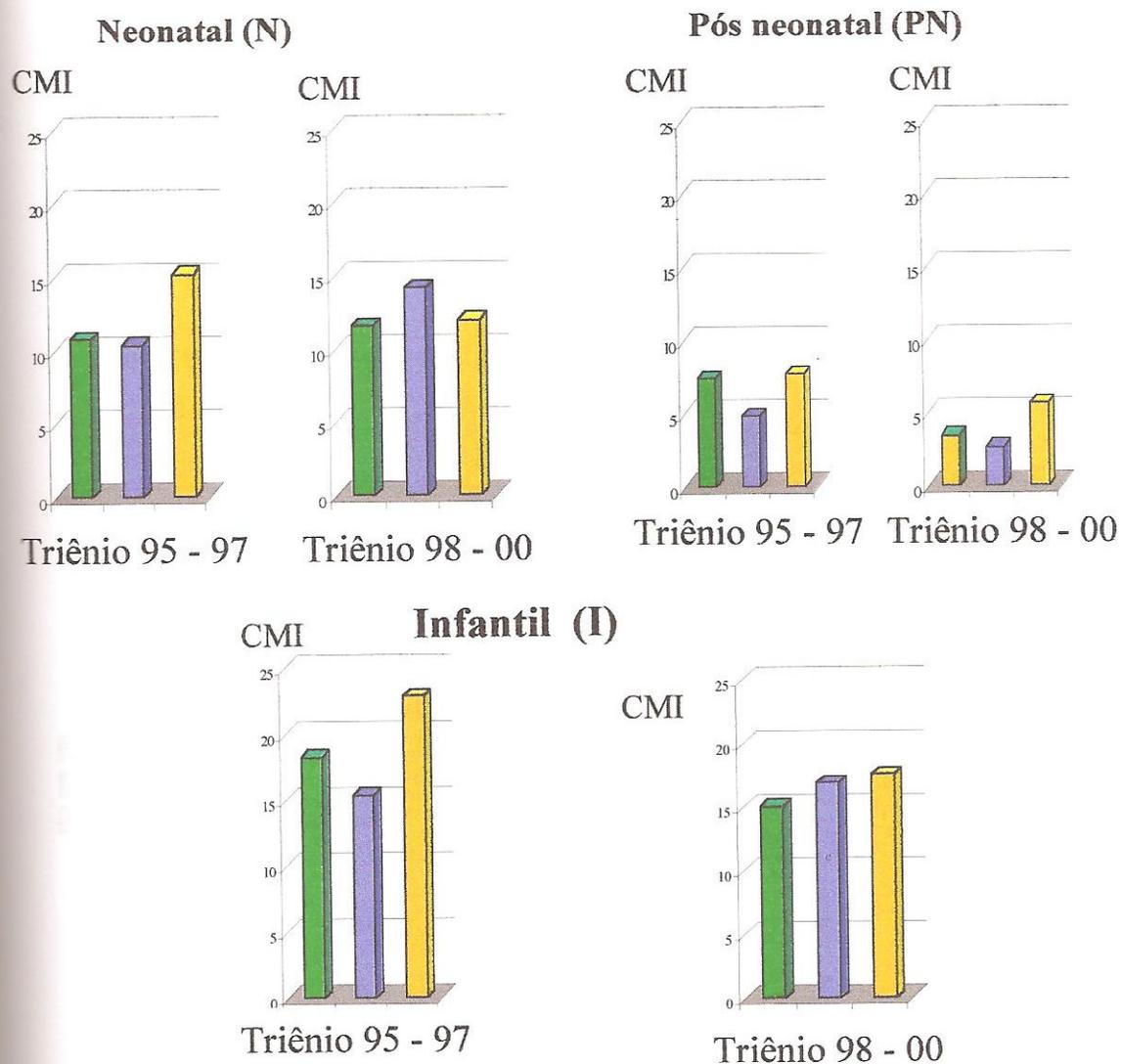
NP = neonatal precoce (0-6d)

NT = neonatal tardio (7-27d)

N = neonatal (0-27d)

Fonte: SIM e SINASC
2001 (base 12/01)

Figura 12 - Série histórica dos coeficientes de mortalidade infantil (CMI), neonatais, pós neonatais e infantis nos Blocos A, B e Estado de São Paulo nos triênios 1995-1997 e 1998 - 2000 (por 1000 NV)



Legenda:

- Bloco A**
- Bloco B**
- Estado de São Paulo**

NP = neonatal precoce (0-6d)

NT = neonatal tardio (7-27d)

N = neonatal total (0-27d)

Fonte: SIM e SINASC
2001 (base 12/01)

Tabela 8 - Série histórica dos coeficientes de mortalidade infantil (CMI), neonatais precoces, neonatais tardios, neonatais, pós neonatais e infantis dos Blocos A, B e Estado de São Paulo nos triênios 1995 -1997 e 1998 – 2000 (por 1000 NV).

Blocos/ Estado de São Paulo	Triênio 95 - 97					Triênio 98 - 00				
	NP	NT	N	PN	I	NP	NT	N	PN	I
Bloco A	5,7	5,1	10,8	7,4	18,3	9,9	1,75	11,6	3,5	15,1
Bloco B	8,0	2,4	10,4	4,9	15,4	12,8	1,35	14,2	2,7	16,9
Estado de São Paulo	12,1	3,0	15,2	7,8	22,9	9,2	2,9	12,0	5,7	17,6

Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

NP = neonatal precoce (0-6d)
 NT = neonatal tardio (7-27d)
 N = neonatal (0-27d)
 PN = Pós neonatal (30 d - 11m 29d)
 I = infantil (0-1ano)

Fonte: SIM e SINASC 2001
(base 12/01)

4.3 Cobertura Vacinal e Taxa de Abandono da DPT ou Tríplice

Bacteriana.

A vacina BCG apresenta queda progressiva da cobertura nos Blocos A e B entre os anos de 1996 e 1998 com ligeiro aumento da cobertura em 1999 e novamente queda para o ano 2000 com valores da cobertura vacinal por BCG de 98,3% para o Bloco A e 88,6% para o Bloco B nesse ano (2000). A cobertura da vacina BCG para o Estado de São Paulo sofre pequeno aumento entre os anos de 1996 e 1997 e após esse período queda progressiva até o ano 2000.

A vacina contra o sarampo apresenta aumento da cobertura para ambos os Blocos e Estado de São Paulo entre 1996 e 1997, com queda progressiva dessa cobertura para os anos de 1998 e 1999, e elevação dessas coberturas para o ano 2000 em todo o universo estudado, guardando proporção das coberturas vacinais entre os Blocos e Estado de São Paulo.

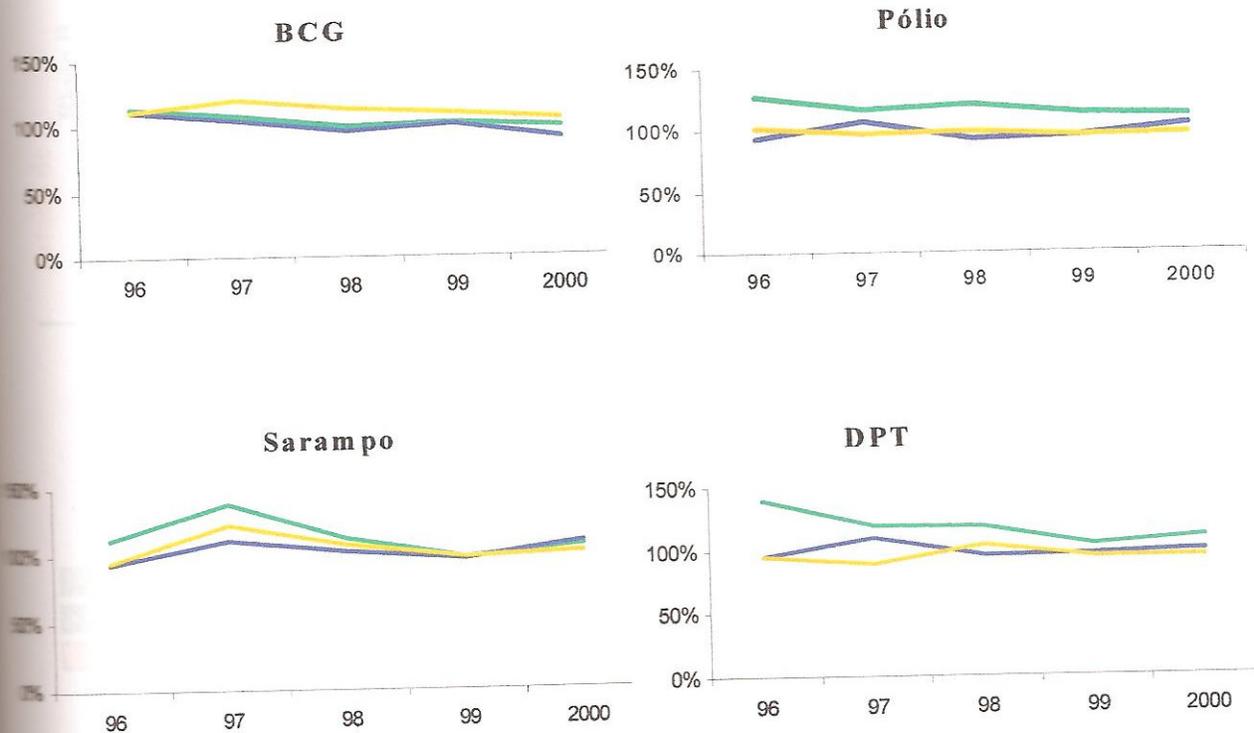
As vacinas contra a poliomielite e a DPT (ou Tríplice Bacteriana) tiveram diminuição nas coberturas para o Bloco A e Estado de São Paulo, entre 1996 e 1997, ao contrário do aumento verificado em ambas as coberturas para o Bloco B nesse mesmo período. Entre 1997 e 1999, com pequenas oscilações, constatou-se para os Blocos A, B e Estado de São Paulo, queda das coberturas vacinais, sendo que no ano 2000 há novamente elevação dessas coberturas.

As coberturas vacinais da anti-pólio e DPT, vacinas constituídas por três doses no período de 1996 a 2000, para os Blocos A, B e Estado de São Paulo, verifica-se semelhante proporção de valores refletindo no traçado gráfico apresentado por essas

vacinas. Enquanto as vacinas contra o sarampo e a BCG, ambas constituídas por dose única, não apresentam tal semelhança (Figura 13 e Tabela 9).

É importante salientar que alguns valores das coberturas vacinais deram acima de 100% podendo sinalizar invasão de não residentes e ou estimativas populacionais errôneas.

Figura 13 - Evolução da Cobertura Vacinal por BCG; Pólio; Sarampo; DPT; dos Blocos A, B e Estado de São Paulo no período de 1996 a 2000



Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: API/PNI subsistema (base 12/01) e SEADE 2001

Tabela 9 - Coberturas Vacinais (em percentuais) de BCG, Pólio, Sarampo e DPT nos Blocos A, B e Estado de São Paulo no período de 1996 a 2000 -Esquema vacinal básico – 1996 a 2000

Blocos/ Estado	BCG					Pólio					Sarampo					DPT				
	96	97	98	99	00	96	97	98	99	00	96	97	98	99	00	96	97	98	99	00
Bloco A	114,1	108,2	99,6	101,2	98,3	126,5	116,5	120,0	112,2	110,3	111,4	138,3	113,0	97,4	106,0	139,7	118,5	117,8	103,2	109,5
Bloco B	110,8	103,7	95,8	100,5	88,6	93,3	106,1	91,8	94,9	103,2	94,4	110,7	102,3	96,7	108,5	94,5	109,2	95,1	95,9	98,7
Estado de São Paulo	111,3	120,3	112,8	108,9	103,8	101,4	96,4	98,4	94,9	96,0	95,3	122,5	107,0	97,5	101,3	94,3	89,4	102,7	93,4	94,1

Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: API/ PNI subsistema (base 12/01) e SEADE2001

As taxas de abandono para a DPT em 1998 para os Blocos A, B e Estado de São Paulo, são de 1,61%; 2,69% e 2,29%, respectivamente.

Em 1999 houve aumento dessa taxa para os Blocos A, B e Estado de São Paulo com os respectivos valores de 6,23% ; 7,28% e 6,88%.

Em 2000, houve queda das taxas de abandono da DPT em ambos os Blocos (maior queda proporcional é apresentada pelo Bloco A) e Estado de São Paulo.

O valor das taxas de abandono da DPT para o triênio 1998-2000 para os Blocos A, B e Estado de São Paulo é de 3,54%; 4,77% e 4,55%, respectivamente.

Com relação aos valores dessa taxa para o triênio 1998-2000, o Bloco A teve o menor valor, apresentando, portanto a melhor performance ou desempenho (Figuras 14 e 15 e Tabela 10).

Figura 14 - Taxa de abandono DPT (tríplice bacteriana) nos Blocos A, B e Estado de São Paulo no período de 1998 a 2000.

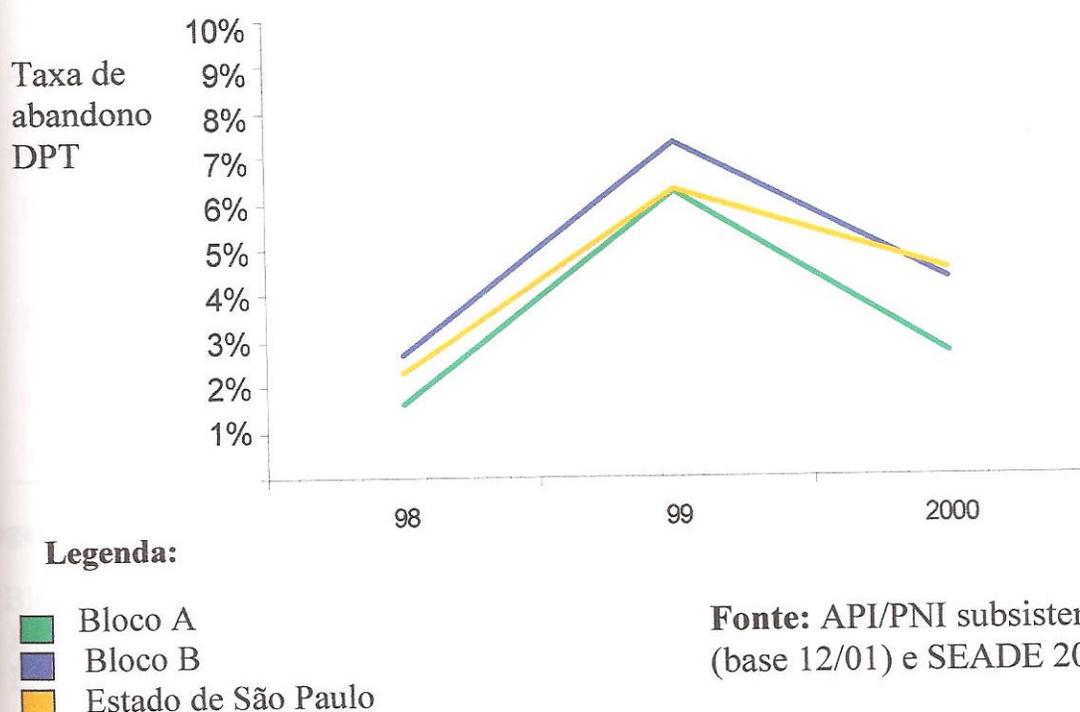
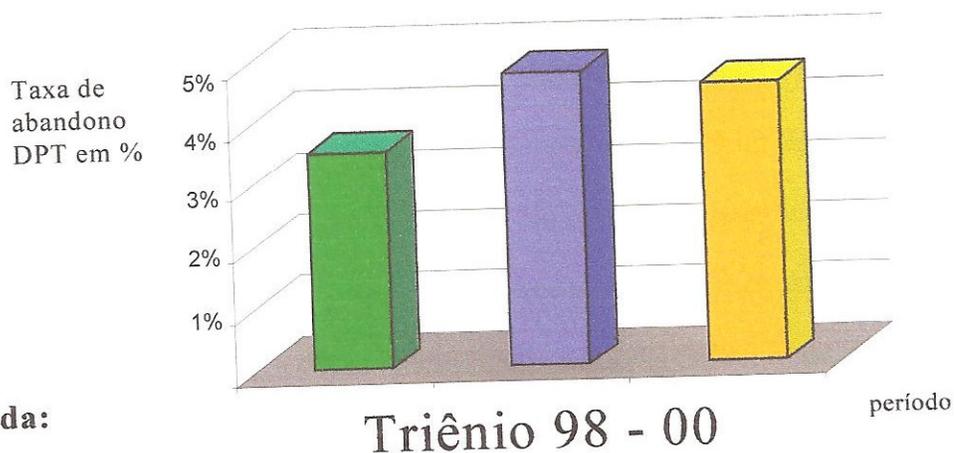


Gráfico 15 - Taxa de abandono DPT (tríplice bacteriana) nos Blocos A, B e Estado de São Paulo, no triênio 1998 - 2000.



Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: API/PNI subsistema
(base 12/01) e SEADE 2001

Tabela 10 - Taxa de Abandono (em percentuais): DPT ou Tríplice Bacteriana nos Blocos A, B e Estado de São Paulo no período 1998 a 2000.

Blocos/ Estado	Período 98 a 2000			Média Trianual
	98	99	2000	
Bloco A	1,61%	6,23%	2,72%	3,54%
Bloco B	2,69%	7,28%	4,32%	4,77%
Estado de São Paulo	2,29%	6,88%	4,52%	4,55%

Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: API/ PNI (base 12/01) e SEADE 2001

4.4 Hospitalizações.

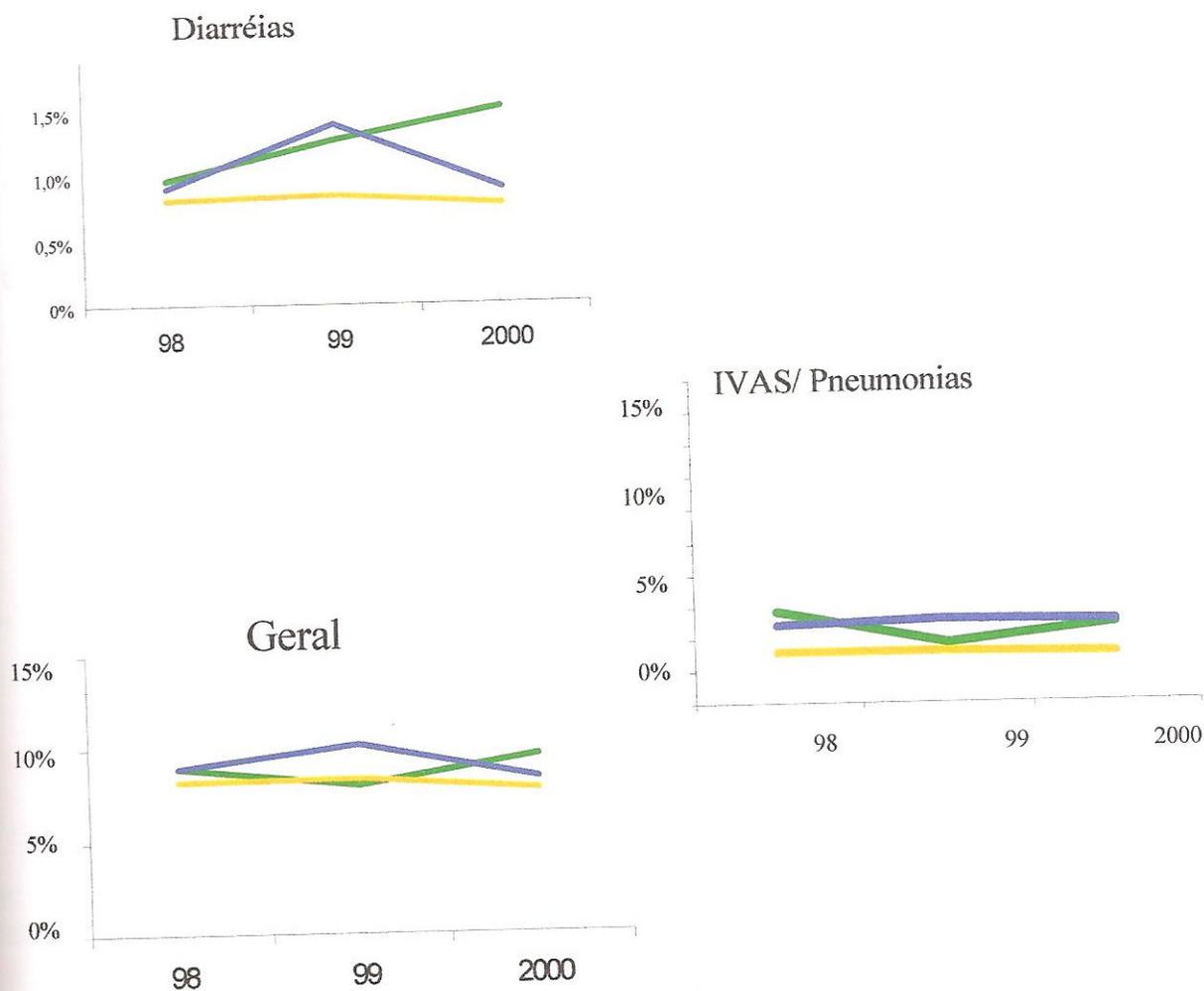
As taxas de hospitalização por diarreias em menores de cinco anos, por local de residência, tiveram ligeiro aumento de 1998 para 1999 no Estado de São Paulo (0,03%), Bloco A (0,24%) e Bloco B (0,30%). No período de 1999 a 2000 tanto o Bloco B quanto o Estado de São Paulo tiveram queda dessas taxas em 0,4% e 0,07%, respectivamente, enquanto o Bloco A teve ligeiro aumento (0,2%) nesse mesmo período. As taxas de hospitalizações por diarreias em menores de cinco anos por local de residência, no triênio 1998-2000 foi de 0,010 ou 1,0% para o Bloco A; 0,009 ou 0,9% para o Bloco B e 0,006 ou 0,6% para o Estado de São Paulo.

As taxas de hospitalização por IVAs/pneumonias em menores de cinco anos, por local de residência e por todas as causas tiveram aumento de 1998 para 1999 no Bloco B e Estado de São Paulo e queda nesse mesmo período para o Bloco A, enquanto de 1999 para 2000 houve queda dessas taxas para o Bloco B e Estado de São Paulo e aumento para o Bloco A.

As taxas de hospitalização por IVAs/pneumonias em menores de cinco anos no triênio 1998-2000 foram de 0,034 ou 3,4% para o Bloco A; 0,035 ou 3,5% para o Bloco B e 0,025 ou 2,5% para o Estado de São Paulo.

As taxas de hospitalização por todas as causas, em menores de cinco anos, por local de residência no triênio 1998-2000, foram iguais para ambos os Blocos, ou seja, 0,092 ou 9,2%, enquanto o Estado de São Paulo obteve taxa de 0,081 ou 8,1% (Figuras 16 e 17 e Tabela 11).

Figura 16 - Taxas de hospitalização por local de residência, em menores de 5 anos por diarréias (CID 10 - A00 a A09), pneumonias/IVAS (J00 a J06, J10 a J18, J20 a J22 e J60 a J98) nos Blocos A, B e Estado de São Paulo no período de 1998 a 2000

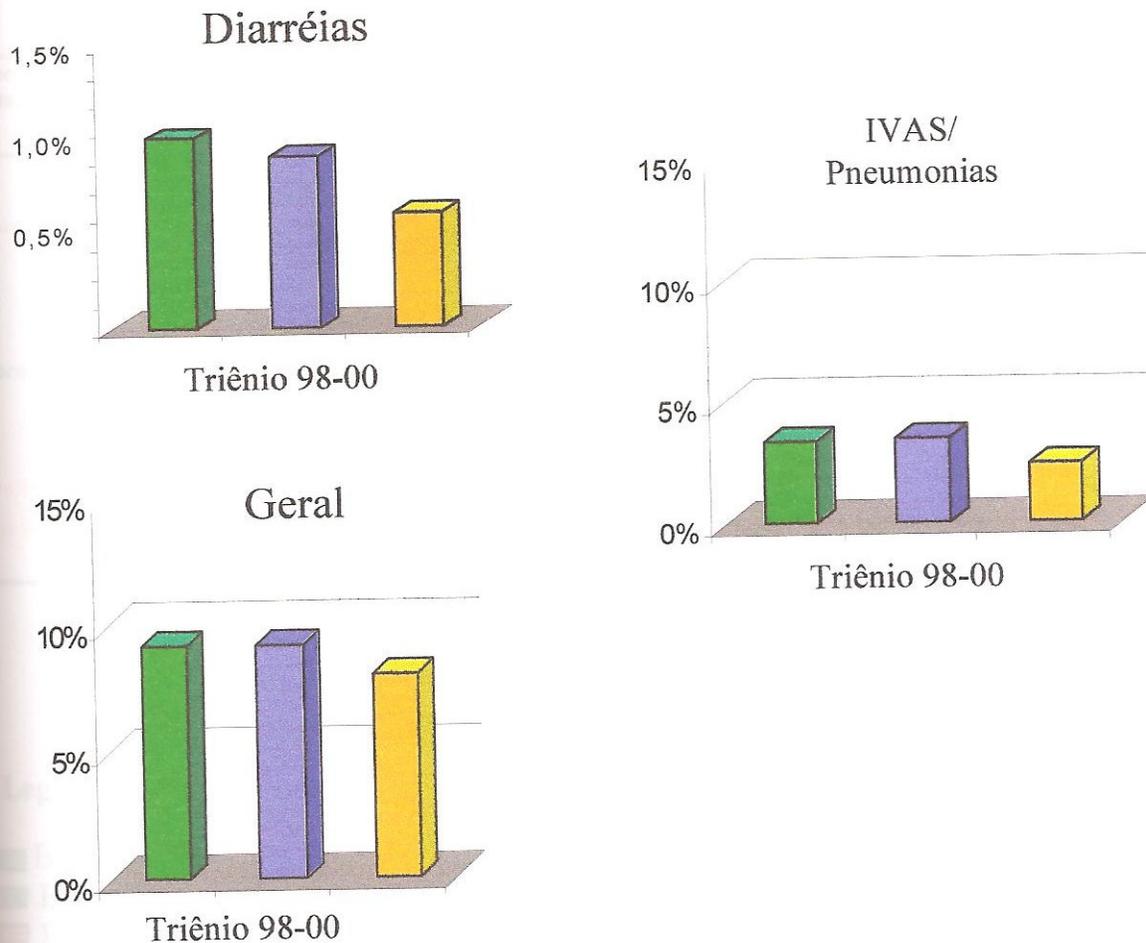


Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: IBGE 98 e SIH/SUS 2001
(base 12/01)

Figura 17 - Taxas de internação por local de residência, em menores de 5 anos por diarréias (CID 10 - A00 a A09), pneumonias/IVAS (J00 a J06, J10 a J18, J20 a J22 e J60 a J98) nos Blocos A, B e Estado de São Paulo, no triênio 1998 -2000.



Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: IBGE 98 e SIH/SUS 2001 (base 12/01)

Tabela 11 - Taxa de hospitalização por local de residência, em menores de 5 anos por diarreias (A00 a A09); IVAS/ Pneumonias(J00 a J06; J10 a J18; J20 a J22; J60 a J98) e Todas as causas (todos capítulos do CID-10) nos Blocos A, B e Estado de São Paulo, no período de 1998 a 2000.

Blocos/ Estado	Diarreias				IVAS/ Pneumonias				Todas Causas			
	98	99	2000	Triênio (total)	98	99	2000	Triênio (total)	98	99	2000	Triênio (total)
Bloco A	0,0076 ou 0,76%	0,010 ou 1,0%	0,012 ou 1,2%	0,010 ou 1,0%	0,038 ou 3,8%	0,0285 ou 2,85%	0,034 ou 3,4%	0,034 ou 3,4%	0,09 ou 9%	0,080 ou 8,0%	0,096 ou 9,6%	0,092 ou 9,2%
Bloco B	0,0071 ou 0,71%	0,011 ou 1,1%	0,007 ou 0,7%	0,009 ou 0,9%	0,035 ou 3,5%	0,036 ou 3,65%	0,034 ou 3,4%	0,035 ou 3,5%	0,089 ou 8,9%	0,1026 ou 10,2%	0,084 ou 8,4%	0,092 ou 9,2%
Estado de São Paulo	0,0064 ou 0,64%	0,067 ou 0,67%	0,006 ou 0,6%	0,006 ou 0,6%	0,026 ou 2,6%	0,026 ou 2,65%	0,024 ou 2,4%	0,025 ou 2,5%	0,082 ou 8,2%	0,084 ou 8,4%	0,078 ou 7,8%	0,081 ou 8,1%

Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: IBGE 1998 e SIH/SUS 2001.
(Base 12/01)

4.5 Entrevista com Gestores (Prefeitos) Municipais (Usuários) dos Municípios de Roseira e Bananal.

Visando melhor compreensão, caracterizando os municípios segundo a área territorial (em km²); população; regional de saúde; Bloco pertencente; IDH 1991; IPRS 1997; tipo de gestão; mortalidade infantil 2000; número de leitos SUS; nome e profissão dos gestores; e nome, idade, profissão e escolaridade do usuário, esquematizou-se o quadro a seguir:

Quadro 1 – Entrevista com gestores e munícipes.

Município	Município	Município
Área Territorial	615 km ²	121 km ²
População	9713 hab.	8577 hab.
DIR	XXIV – Taubaté	XXIV – Taubaté
Pertencente	A (PSF)	B (S/ PSF)
Bloco	Médio(0,631) lugar 489 do ranking estadual	Médio (0,687) lugar 387 do ranking estadual
IDH 91	Baixo desenvolvimento econômico em transição social (4PP)	Saudável com baixo desenvolvimento econômico (3PP)
IPRS 97	Plena de Sistema	Plena da Atenção básica
Tipo de Gestão	Zero	7,04
CMI	2000/1000MV	15 (2,44 – coeficiente por 1000hab.)
Número de leitos SUS	21 (2,44 – coeficiente por 1000hab.)	Comerciante
Gestor (Prefeito)	Médico	Primário Incompleto.
Usuário (Munícipe)	Primário Incompleto.	Primário Incompleto.

Legenda:

-  Bloco A
-  Bloco B

Fonte : SEADE 2000, SES/SP 2000 e ENTREVISTAS LOCAIS.

Ambos os gestores (prefeitos) tinham sido reeleitos para um novo mandato, conheciam plenamente a realidade e condições de saúde de seus municípios, conheciam o Programa de Saúde da Família-PSF e destacaram suas realizações administrativas (Anexo 2, Entrevistas com Gestores).

O Gestor de Roseira caracterizou sua cidade como calma, com ótima qualidade de vida e salientou o aumento da população da terceira idade resultante de migração dos grandes centros urbanos próximos. Destacou a importância preventiva do PSF, pretendendo implantá-lo até o final de sua gestão.

O gestor de Bananal citou a qualidade de vida, o grande potencial turístico e histórico, como atributos de sua cidade. Destacou que a partir da implantação do PSF no município houve melhora na qualidade dos serviços de saúde e salientou a modificação do perfil das internações que de causas infecciosas e infantis passaram a ser por causas crônico-degenerativas em adultos, qualificando o PSF como principal programa das políticas de saúde em vigência no país, influenciando de maneira positiva na melhoria da qualidade de vida das populações, trazendo dividendos político-eleitorais para quem acredita e bem realiza essa nova proposta de trabalho.

As munições entrevistadas destacaram a qualidade de vida de suas cidades e o prazer em morar nas mesmas, embora tenham dificuldades de obtenção de trabalho e renda (Anexo 2, Entrevistas com Usuários).

A munição entrevistada em Bananal se disse satisfeita com o atendimento recebido na unidade de saúde, salientando a obtenção de remédio gratuito, bem como a visita do médico em sua casa.

A munícipe entrevistada em Roseira elogiou o atendimento de saúde sempre recebido, a atenção e presença constantes dos médicos na unidade de saúde, salientando que nunca pagou nada pelo atendimento em todas as vezes que dele necessitou.

Ambas as usuárias entrevistadas mostraram-se muito satisfeitas com o atendimento de saúde recebido em seus municípios, independentemente de qualquer alusão ao modelo assistencial existente.

5. DISCUSSÃO

5. Discussão

5.1 Caracterização dos Blocos e Estado de São Paulo

Os territórios nacionais podem estar organizados segundo os critérios político-administrativos, determinados ou pela tradição histórica ou segundo necessidades administrativas internas. Em situações específicas podem também ser subdivididos em função de critérios de natureza geográfica. Os critérios político-administrativos e os puramente administrativos são arbitrários, podendo separar artificialmente áreas homogêneas ou unir áreas inteiramente díspares sob o ponto de vista fisiográfico, ecológico, social, ou de estrutura produtiva (ROUQUAYROL 1994a).

No Brasil, as áreas urbanas, suburbanas e rurais são definidas por leis municipais. Consideram-se populações urbanas e suburbanas, entendidas estas como prolongamento das primeiras, as populações residentes nas áreas das cidades (sedes municipais), das vilas (sedes distritais) e também das aglomerações definidas como urbanas por órgãos oficiais. A população rural abrange todos os que residem fora dos limites da cidade, das vilas e áreas urbanas isoladas (IBGE 1993; ROUQUAYROL 1994a).

Ao se compararem as populações urbano-rurais, principalmente nos países subdesenvolvidos, constatam-se as seguintes diferenciações (ROUQUAYROL 1994a):

— Na maioria dos municípios brasileiros, o acesso e a qualidade do atendimento médico-sanitário para as populações rurais é bastante inferior, se comparado ao disponível para as populações urbanas.

— As populações rurais despertam menos interesse por parte das agências governamentais com baixíssimo poder organizacional e reivindicatório.

— Apesar de ligadas à terra, as populações rurais são mal-alimentadas e desnutridas, com baixo índice de escolaridade, dispendo de poucas e precárias oportunidades de trabalho, sendo muitas vezes exploradas.

As doenças características da zona urbana são associadas aos fatores resultantes da aglomeração populacional, estresse, poluição atmosférica, promiscuidade sexual, suicídio, homicídio, abuso de álcool e drogas, enquanto que as das zonas rurais estão associadas a habitação, saneamento ambiental, uso de defensivos e pesticidas agrícolas, acidentes ofídicos, doenças transmissíveis, como leishmaniose, malária, tracoma, chagas, esquistossomose, entre outras (ROUQUAYROL 1994a).

MC Michel, em 2000, em seu trabalho que aborda questões sobre o ambiente urbano e saúde em um mundo globalizado, comenta que a espécie humana está sofrendo uma mudança radical em sua ecologia e que a proporção da população mundial vivendo em grandes cidades aumentou de 5% para 50% nos dois últimos séculos. Estima-se que, até o ano 2030, aproximadamente 2/3 da população serão urbanos (LAURENTI et al. 2001).

As populações de áreas urbanas de países desenvolvidos há muitas décadas venceram os problemas ligados a doenças infecciosas, mas enfrentam outros problemas de saúde, como os ligados à poluição do ar, estresse e outros.

No Brasil e em áreas semelhantes, ocorrem também essas mesmas doenças de zona urbana de países desenvolvidos acrescidas, entretanto, pelos velhos problemas (doenças infecciosas, por exemplo) ainda não totalmente ultrapassados (MONTEIRO 1995).

Em 1940, a proporção da população urbana brasileira era igual a 31,2%; passando para 45,1% em 1960; 67,6% em 1980 e 81,2% em 2000 (LAURENTI et al. 2001).

Ao se compararem no ano 2000 as proporções da população urbana (81,2%), com os valores obtidos para o Estado de São Paulo (93,40%), Bloco A (63,15%) e Bloco B (74,31%), pode-se considerar relevante o "peso" das doenças caracterizadas como da "zona rural" para ambos os Blocos (sobretudo para o Bloco A).

As expressões "transição demográfica" e "transição epidemiológica" são freqüentemente utilizadas; a primeira em especial por demógrafos e a segunda, por profissionais de saúde. A transição demográfica é descrita como uma consequência do comportamento das variáveis mortalidade e fecundidade, traduzindo-se por um envelhecimento da população que passa a conter maior proporção de velhos e menos de jovens (CAMPANÁRIO e MAIA 1994; LAURENTI et al. 2001).

Ao mesmo tempo em que ocorrem mudanças na estrutura da população, também se observam variações na incidência e prevalência de doenças bem como nas principais causas de morte. Foram essas mudanças que deram origem ao conceito de transição epidemiológica que pressupõe uma evolução gradual dos problemas de saúde, caracterizados por altas prevalências e mortalidade, por doenças infecciosas para um estado em que passa a predominar as não-infecciosas, também chamadas doenças

crônico-degenerativas. Devido ao fato de esses agravos serem de longa duração, vai haver um acúmulo dos mesmos na população, ocorrendo uma combinação paradoxal de declínio da mortalidade e aumento da morbidade. Este conceito de transição epidemiológica foi descrito e desenvolvido por Omram (1971) referindo-se à mudança do padrão epidemiológico citado: diminuição das doenças infecciosas, passando a um estado em que predominam as doenças não-infecciosas, destacando-se as cardiovasculares, neoplasias malignas, causas externas, transtornos mentais, diabetes, entre outras.

A transição epidemiológica teve início nos países desenvolvidos e pode ser apresentada de maneira simples e resumida, englobando três grandes períodos ou estágios sucessivos: o das pestilências e da fome; o desaparecimento das pandemias e controle das doenças infecciosas; e o período das doenças degenerativas e das provocadas pelo homem. Nos países europeus e ocidentais, historicamente, é possível distinguir com clareza esses períodos; já nos países em desenvolvimento ainda continua em curso a transição epidemiológica (LAURENTI et al. 2001).

No Brasil podem-se notar diversidades regionais marcantes em diferentes fases de transição. Recentemente um estudo da OPAS, ao analisar a situação de saúde das Américas para o ano 2000, procurou caracterizar a transição demográfica dos países da região classificando-os como (CASTILLO e SALGADO 2000): transição incipiente; moderada; completa e avançada. O Brasil, segundo essa classificação, qualifica-se como transição completa, caracterizando-o por taxa de natalidade e mortalidade moderadas, com baixo crescimento populacional ao ano, cerca de 2% (LAURENTI et al. 2001).

A distribuição populacional por faixa etária e sexo, segundo estimativa do IBGE/2001, demonstra grande semelhança entre o Estado de São Paulo e ambos os Blocos, ao se comparar à distribuição brasileira, sinalizando o predomínio da população adulta-idosa sobre as demais faixas mais jovens. Contudo deve-se considerar para o Estado de São Paulo e para ambos os Blocos a grande diversidade do ponto de vista do tamanho da população, onde a população dos municípios integrantes dos Blocos A e B variam entre 2 mil e 10 mil habitantes, até 10 milhões de habitantes (município de São Paulo integrando o Estado), ou seja, uma diferença de cinco mil vezes.

Este trabalho, ao se utilizar das médias de valores para ambos os Blocos, poderá abarcar situações dispare, como a vivenciada pelo município de São Paulo, onde residem concomitantemente índios guaranis (aldeia indígena do bairro de Parelheiros) e classe econômica alta, a chamada classe A, do bairro dos Jardins.

Entre as atividades de saúde pública, o saneamento é um dos mais importantes meios de prevenção de doenças (ROUQUAYROL 1994b).

O saneamento é definido pela OMS como “o controle de todos os fatores do meio físico do homem, que podem exercer efeito deletério sobre o seu bem-estar físico, mental ou social” (ROUQUAYROL 1994b).

Os serviços de saneamento básico, que compreendem abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta e remoção de resíduos, podem ser considerados os serviços públicos que apresentam o maior grau de interferência no meio ambiente, além de causarem importantes impactos no condicionamento da saúde pública e no bem-estar social (FUNDAÇÃO SEADE 2002a).

O objetivo do saneamento básico é a saúde da população. O homem, ao mesmo tempo em que interfere no ambiente gerando detritos que podem disseminar doenças, possui condições de evitar que isso ocorra usando como ferramenta o saneamento básico (CAVINATTO 1995).

As disposições constitucionais especificam que o governo municipal é responsável pela gestão dos serviços de saneamento básico. As informações disponíveis indicam que 15% dos municípios brasileiros assumiram essa função e 75% possuem serviços gerenciados diretamente pelas companhias estaduais de saneamento, não havendo informações sobre os 10% restantes (FUNDAÇÃO SEADE 2002b).

Com a rápida expansão da indústria e das áreas urbanas, o processo de poluição das águas se agravou, mas a implantação das obras de saneamento básico como um todo não acompanhou o ritmo de crescimento (CAVINATTO 1995).

As principais atividades do saneamento são: abastecimento de água; afastamento de dejetos; (sistema de esgoto); coleta, remoção e destinação final do lixo; drenagem de águas fluviais; controle de insetos e roedores; saneamento dos alimentos; controle da poluição ambiental, saneamento da habitação, dos locais de trabalho e recreação e saneamento aplicado ao planejamento territorial. Esse trabalho abordou os seguintes aspectos com relação ao saneamento básico para os Blocos A e B e Estado de São Paulo: percentual de domicílios com água tratada, coleta de esgoto e de lixo, tomando como fonte de dados o censo IBGE 1990, uma vez que as variáveis de saneamento integrantes do censo IBGE 2000 não se encontravam disponibilizadas até o final desta pesquisa.

Através da água, muitas doenças podem ser transmitidas ao homem, uma vez que ela serve como meio de transporte de agentes patogênicos eliminados através dos dejetos, ou de poluentes químicos e radioativos presentes nos esgotos industriais. Essas doenças transmitidas ao homem pela água são denominadas doenças de veiculação hídrica. Dentre elas destacam-se: febre tifóide e paratifoide, disenterias e enteroinfecções em geral, hepatite infecciosa e a poliomielite. Com certeza pode se dizer que a mortalidade e a incidência por disenterias e enteroinfecções, as chamadas diarreias, diminuem à medida em que se ampliam a rede e o tratamento das águas (ROUQUAYROL 1994b).

O Estado de São Paulo, Bloco A e B, possuem valores individuais representando mais de 95% de seus domicílios com água tratada, porém quanto a coleta de esgoto (não foi abordada a temática tratamento), o Estado de São Paulo mantém altos percentuais (96,03%), enquanto os Blocos A e B apresentaram grande queda com relação a essa variável com valores de 53,61% e de 53,93%, respectivamente.

É importante lembrar que ambos os Blocos possuem extensas áreas rurais se comparadas ao Estado de São Paulo, o que poderia justificar essa relevante queda percentual, com relação à coleta de esgoto e muitos microorganismos patogênicos são eliminados com os dejetos humanos e sua má disposição e não-tratamento ocasionarão o aumento do risco em adquirir essas doenças.

O lixo pode ser definido como o conjunto de resíduos sólidos resultantes das atividades humanas e dos animais domésticos, sendo considerado via indireta de transmissão de doenças.

Forattini, em 1973, afirmou que o lixo representa componente que não pode ser desprezado no estudo da estrutura epidemiológica de agravos à saúde. Apesar de sua influência ser indireta, propicia condições que facilitam ou mesmo possibilitam a ação de insetos e roedores, além da prática de alimentar animais com lixo e outros hábitos deletérios, que poderão influenciar a saúde e o bem-estar das comunidades (ROUQUAYROL 1994b).

Os percentuais de domicílios com coleta de lixo são considerados muito bons para o Estado de São Paulo (93,89%); Bloco A (94,29%) e Bloco B (87,74%).

Considerando os valores dos três componentes do saneamento básico analisados (percentual de domicílios com água tratada, coleta de esgoto e lixo), o Estado de São Paulo apresentou valores superiores a 90% para todos eles, definindo melhor condição geral de saneamento se comparado a ambos os Blocos. Já os Blocos A e B possuem extrema semelhança em todos os valores percentuais de domicílios com água tratada e coleta de lixo. Porém, valores bem mais baixos com relação ao esgotamento sanitário. Apesar de essas informações serem oriundas do censo 1990, com certeza contribuirão para a análise dos indicadores de saúde propostos por este estudo.

O Brasil é reconhecido internacionalmente como um dos países que vem utilizando, forma mais criativa e efetiva, o IDH. A incorporação desse Índice Social no país tem sido tão grande que já começaram a ser disseminadas as tentativas de utilizá-lo como insumo para a implementação e a avaliação de políticas públicas (FUNDAÇÃO SEADE 2001a).

Considerando o período de 1970-1996, pode se afirmar que o Estado de São Paulo deu um salto qualitativo nos seus indicadores de desenvolvimento humano.

Das 15 regiões administrativas consideradas para o estudo do IDH no Estado de São Paulo, somente a região de Registro manteve-se estável, sem melhoria nesse período (1970-1996) (FUNDAÇÃO SEADE 1999).

O IDH para o Estado de São Paulo teve seus valores aumentados gradativamente a partir de 1971 (médio IDH = 0,710), tomando-se alto em 1980 (0,811), continuando essa evolução positiva até 1996, com o valor de IDH de 0,868.

O componente renda foi o que mais contribuiu para elevar a estatística paulista em todos os momentos considerados. Contudo, os últimos dados sobre a renda municipal datam de 1991, período de elevada inflação, podendo causar distorções nos resultados. Assim como os estados brasileiros, os municípios paulistas apresentam disparidades em todos os componentes do IDH, sobretudo do componente renda, tanto inter quanto intramunicipios (FUNDAÇÃO SEADE 1999).

Um importante indicador do nível de atividade econômica e de riqueza de uma localidade é a movimentação bancária e financeira que ocorre em seu território. No Brasil, em 2000 havia cerca de 16 mil agências bancárias. A concentração de agências e depósitos segue basicamente a mesma ordem de concentração do PIB: os municípios paulistas abrigam cerca de 32% dessas agências e 37% do total de depósitos, e na lista dos 100 municípios brasileiros com maior número de agências, 33 são paulistas, sendo sete entre os 20 primeiros. Uma das informações mais interessantes levantadas pelo trabalho do PNUD, em 1998, sobre os municípios brasileiros diz respeito ao componente renda desigual. Das grandes disparidades encontradas nesses componentes em cada região brasileira, a região Sudeste, incluindo o Estado de São Paulo, é a que registra maior diferencial interno de condições de vida, mostrando o cuidado que deve ser

tomado ao se analisar o componente renda do IDH para esse Estado (FUNDAÇÃO SEADE 2001a). Esse comportamento positivo para o IDH no período de 1991 a 1996 é também constatado em todos os 14 municípios constituintes dos Blocos A e B, embora mantenham-se uniformemente classificados como médio IDH tanto em 1991, quanto em 1996. É importante salientar que para todo o universo estudado (Blocos A e B e Estado de São Paulo), o componente com os piores valores, apesar da melhora no período, continua sendo a renda.

Criado para subsidiar os trabalhos do Fórum São Paulo Século XXI, visando avaliar os resultados e esforços empreendidos pelo poder público em prol do desenvolvimento, e mensurar o grau de participação e controle da sociedade civil, sobre tais ações, surge o IPRS, com o desafio da sensibilidade às mudanças sociais de curto prazo.

Várias modificações estruturais foram incorporadas ao IPRS se compará-lo ao IDH. Dentre elas citam-se (FUNDAÇÃO SEADE 2001b):

- novo agrupamento de municípios (reagrupamento), tendo como parâmetro principal a demografia (número de habitantes-população);
- incorporação de novas variáveis e fórmulas para seu cálculo;
- e aumento do espectro classificatório, segundo os valores obtidos.

Assim como o IDH, o IPRS apresenta no ano 2000 melhoria de todos os seus componentes se comparado ao IPRS 1992, porém com a mesma peculiaridade constatada para o IDH, ou seja, melhor desempenho proporcional para o componente renda, mas com os menores valores se comparados a outros componentes, em todo o universo estudado (Bloco A e B e Estado de São Paulo).

O IPRS de 1992 do Estado de São Paulo, (médio-alto desempenho); Bloco A (4PP- baixo desenvolvimento econômico e em transição social) e Bloco B (4,1PP - baixo desenvolvimento econômico e em transição social); e o IPRS 2000 para o Estado de São Paulo (alto desempenho); Bloco A (3,7PP - saudáveis mas com baixo desenvolvimento econômico); e Bloco B (3,0PP - saudáveis mas com baixo desenvolvimento econômico), demonstrou maior variabilidade classificatória se comparado ao IDH 1991 e 1996, onde todos os 14 municípios mantiveram-se na classificação médio IDH.

Espera-se que o estudo desses índices sociais, o IDH e o IPRS, a distribuição da população e o saneamento básico, colabore para a análise dos resultados obtidos dos indicadores da saúde.

Os 14 municípios integrantes dos Blocos estão habilitados segundo a NOB 01/96 em algum tipo de gestão (plena da atenção básica ou plena do sistema), significando que são responsáveis pelas ações básicas de saúde em seus territórios.

Como responsabilidades mínimas atribuídas à atenção básica, com relação às ações de saúde da criança pelo Ministério da Saúde, tendo essa pesquisa elencado indicadores de saúde do segmento infantil, citam-se (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002a):

a) Vigilância Nutricional: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; promoção do aleitamento materno; realização ou referência para exames laboratoriais; combate às carências nutricionais; e implantação e alimentação regular do SISVAN.

b) Imunização: realização do esquema vacinal básico de rotina; busca de faltosos; realização de campanhas e intensificações; e alimentação e acompanhamento dos sistemas de informação.

c) Assistência às doenças prevalentes da infância: assistência às IRAS e diarreias em menores de cinco anos; assistência a outras doenças prevalentes; atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças; garantia de acesso a referência hospitalar, ambulatorial e laboratorial especializada.

Dos indicadores de saúde analisados, a mortalidade infantil, a cobertura vacinal básica e a taxa de abandono da DPT são considerados como indicadores de avaliação da atenção básica, enquanto a taxa de hospitalização em menores de cinco anos por IVAS/Pneumonias, diarreias e todas as causas é considerada marcador da atenção.

Grupos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo estipularam metas a serem alcançadas para todos os indicadores da atenção básica, resultando no Quadro de Metas de Saúde do Estado de São Paulo – 2001, integrando a Agenda Nacional de Saúde – 2001 (regulamentada segundo a Portaria MS/GM nº 393 de 29 de março de 2001) (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2001). Devido à relevância e reconhecimento nacional dessas metas, elas serão consideradas como um dos parâmetros para a avaliação dos indicadores de saúde aqui elencados.

Diversas ações programáticas de âmbito nacional voltam-se para a atenção integral à saúde da mulher, da criança e do adolescente. São enfatizados os aspectos educativos e preventivos, a identificação de grupos de risco e a detecção

precoce de agravos. Essas ações são desenvolvidas em articulação com os estados e municípios, buscando um aumento e a melhoria da qualidade do atendimento em todos os serviços de saúde prestados às populações (OPAS/OMS 1998).

A atenção à saúde materno-infantil inclui também ações específicas desenvolvidas pelos programas de imunizações, de incentivo ao aleitamento materno, atenção à criança com deficiência física e mental, de atendimento a crianças desnutridas e gestantes em risco nutricional, controle de doenças sexualmente transmissíveis (DST e AIDS) e controle de deficiências específicas (CARDOSO et al. 1998). Desde 1995 o projeto de redução da mortalidade na infância promove a articulação e a intensificação de ações específicas de assistência materno-infantil e de saneamento básico em 913 municípios com maiores índices de pobreza no país (OPAS/OMS 1998). Desses 913 municípios, nenhum é integrante dos Blocos estudados.

A partir de 1998, é estabelecido um incentivo com abrangência em todo o território nacional, cuja prioridade é o fortalecimento e consolidação das ações de combate às carências nutricionais específicas, considerando os grupos de maior vulnerabilidade em desnutrição energético-protéica e às deficiências de ferro e vitamina A, o chamado Incentivo de Combate às Carências Nutricionais – ICCN. Esse incentivo é a ferramenta de custeio do Programa de Combate às Carências Nutricionais, o PCCN, estabelecido através das Portarias MS/GM nº 2409 de 23 de março de 1998 e nº 709 de 10 de junho de 1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002c).

A responsabilidade do PCCN é da Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde, assim como o PSF, tendo como principais parceiros as secretarias municipais e estaduais de saúde, os centros colaboradores e outras secretarias do Ministério da Saúde

(MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000e). Este programa objetiva o atendimento de crianças em risco nutricional na faixa etária de 6 a 23 meses através do fornecimento de leite e óleo de soja mediante repasse adicional de incentivos do PCCN, gestantes, idosos, crianças e filhos de mães soropositivas para HIV com idade inferior a seis meses, também podem ser incluídos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998d,1999c,2002c).

O valor do ICCN previsto pelo Ministério da Saúde desde 1998 até o momento desta pesquisa é de R\$180,00 criança/ano, repassando diretamente aos fundos municipais de saúde mediante (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002c):

- qualificação e apresentação do plano nutricional municipal, com prioridade anual e
- habilitação em qualquer condição de gestão estabelecida no NOB SUS 01/96.

Quanto à habilitação para o recebimento do incentivo do PCCN, tanto o Bloco A quanto o Bloco B possuem dos seus sete municípios integrantes cinco municípios qualificados e dois não-qualificados. É importante ressaltar que os quatro municípios não-habilitados (Santópolis do Aguapeí e Silveiras – Bloco A e Itapura e Lagoinha – Bloco B) ao recebimento do incentivo do PCCN guardam entre si as mesmas características com relação à regional de saúde, população e demografia, somente diferindo pelo critério de possuírem ou não a implantação do PSF.

O PCCN prevê o fornecimento, à população-risco, de leite integral enriquecido com óleo de soja (para cada copo de leite oferecido à criança desnutrida deve-se adicionar uma colher de chá de óleo de soja para o aumento do valor energético, após a fervura do leite). São consideradas crianças em risco nutricional aquelas situadas

abaixo do percentil 10 da relação peso/idade, segundo o cartão da criança, utilizado nos serviços de saúde.

As crianças selecionadas deverão receber um litro de leite integral por dia e uma lata de óleo de soja por mês, além do acompanhamento mensal pela unidade de saúde, e deverão ser desligadas do Programa, somente após os 24 meses de idade e/ou que tenham recebido a suplementação alimentar por pelo menos 12 meses. O PCCN, a partir de 2002, será substituído pelo Programa Bolsa Alimentação do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002c).

Um estudo encomendado pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica (Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde), sobre a evolução da prevalência mensal da desnutrição infantil, registrada pelos agentes e equipes de saúde da família (PACS/PSF) no período de maio de 1999 a abril de 2000 em 97% dos municípios da região nordeste com o PACS/PSF e PCCN, concomitantemente, levou este estudo a considerar a relevância do PCCN devido aos seguintes resultados obtidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001d):

— a prevalência mensal da desnutrição na clientela PACS/PSF/PCCN declinou continuamente passando de 15,6% para 13,2% no período estudado, comportamento este que supera três vezes a tendência secular de declínio da desnutrição infantil na região, observada a partir dos inquéritos nutricionais ali realizados entre 1989 e 1996 e

— declínios mais intensos foram encontrados nos municípios cujas prevalências iniciais da desnutrição eram iguais ou superiores a 30%, chegando a cerca de 40 %.

Sabe-se da estreita relação entre desnutrição e desidratação e diarreias, onde muitas vezes crianças desnutridas são submetidas à hidratação venosa, pois não responderam favoravelmente à terapia de reidratação oral, (TRO) devido a sua debilidade física (ROUQUAYROL 1994a). Dessa maneira caracteriza-se a relevância do PCCN, para a análise dos indicadores, porém pode-se considerar equilíbrio de sua ação em ambos os Blocos devido à equivalência do número de municípios participantes desde sua implantação em 1998, até o término dessa pesquisa (Janeiro de 2001).

Iniciando-se timidamente no Estado de São Paulo a partir do segundo semestre de 1998, envolvendo 176 municípios e 151 equipes de PACS e PSF em janeiro de 1999, o Programa PACS/PSF vem se consolidando paulatinamente como estratégia reorganizadora da atenção básica, aumentando com qualidade a acessibilidade aos serviços (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2001).

Quando se discute a acessibilidade, abre-se grande horizonte que abrange desde o quantitativo de estabelecimentos e leitos de saúde disponíveis até aspectos como financiamento, funcionalidade e qualidade dos serviços.

Considerando o quantitativo de unidades básicas de saúde (UBS) de leitos hospitalares (LH) para o Bloco A em 1998 (57 LH – 0,054% do Estado e 14 UBS – 0,27% do Estado); 1999 (57 LH – 0,053% do Estado e 17 UBS- 0,32 % do Estado) e 2000 (52 LH – 0,049% do Estado e 19 UBS – 0,33% do Estado), se comparado aos recursos disponíveis para o Bloco B em 1998 (15 LH – 0,014% do Estado e 11 UBS – 0,21 do Estado); 1999 (15 LH – 0,014% do Estado e 11 UBS – 0,20% do Estado) e 2000 (15 LH – 0,014% do Estado e 12 UBS – 0,21% do Estado), pode se concluir quanto à acessibilidade que o Bloco A tem dois fatores facilitadores:

— a maior quantidade de estabelecimento de saúde e leitos hospitalares e

— a implantação do PSF em todos os seus municípios, com média de cobertura populacional de 95,6% pelo Programa.

É importante lembrar que o Bloco A se comparado ao Bloco B possui pior desempenho nos períodos estudados para os índices sociais IDH e IPRS, bem como maior número de habitantes na zona rural; esses fatores devem ser considerados para análise dos resultados dos indicadores de saúde descritos a seguir.

5.2. Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil é um indicador do nível de saúde calculado a partir do número de nascidos vivos e das mortes ocorridas no primeiro ano de vida. Nesse primeiro ano, os fatores biológicos e sociais têm mais influência sobre as condições de saúde das crianças, pois ainda estão em processo de formação e têm menor capacidade de defesa contra as agressões externas, favorecendo o desenvolvimento das doenças e a morte; portanto, a mortalidade infantil reflete não apenas aspectos relacionados à manutenção da saúde, como também à qualidade do atendimento oferecido à gestante, ao parto e às crianças (TELAROLLI 1997).

Pelos diversos fatores que podem provocar variações na taxa de mortalidade infantil, este é um indicador consagrado das condições sócio-econômicas e

de saúde de uma população, sendo utilizado como indicador geral e específico (ROUQUAYROL 1994a; TELAROLLI 1997).

Como a população brasileira, a população paulista está passando por rápidas transformações demográficas com a diminuição do ritmo de crescimento populacional, aumento da proporção de pessoas de terceira idade, e a diminuição da proporção de pessoas de 0 a 14 anos. Essa transformação é conhecida como envelhecimento populacional (GODINHO 1999).

O envelhecimento populacional explica-se principalmente pela queda de fecundidade, ou seja, pela diminuição do número de filhos por mulher. O que vem acontecendo no Estado de São Paulo e no Brasil e na quase totalidade dos países em desenvolvimento é uma diminuição da fecundidade, paralelamente a uma diminuição da mortalidade havendo, então, o envelhecimento da pirâmide populacional. Esse fenômeno que teve início nos países desenvolvidos, em diferentes épocas, foi liderado pela França a partir da segunda metade do século XIX (GODINHO 1999).

O Estado de São Paulo, por ter começado a reduzir seu nível de fecundidade bem antes da maioria dos estados brasileiros apresenta uma proporção de idosos bem maior que a do Brasil (GODINHO 1999).

No processo de redução da taxa de fecundidade, fatores culturais e sociais têm peso preponderante com influência de mensagens de modernidade e de consumo da classe média-alta, disseminadas pelos meios de comunicação de massa, no sentido da adoção de métodos contraceptivos e da conscientização do tamanho da família. Também

o fator econômico, tendo o país uma história de sucessivas crises econômicas, contribui no processo da queda da fecundidade (GODINHO 1999).

Como a mortalidade infantil apresenta íntima relação com o número de filhos e o intervalo entre o nascimento desses filhos, a fecundidade é um indicador muito importante (ORTIZ 1995; TERALOLLI 1997).

A fecundidade mostra um número médio de filhos de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) de uma população. No Brasil a fecundidade vem diminuindo desde 1965 e na década de 90 já era inferior a três filhos/mulher em idade fértil. No Estado de São Paulo a taxa de fecundidade, segundo a estimativa IBGE 1999, é de 2,1 filhos/mulher em idade fértil, sendo que algumas regiões do estado essa taxa é inferior a 2,0 filhos/mulher em idade fértil. Quando uma população tem fecundidade abaixo de dois significa que já atingiu níveis bem abaixo da taxa de reposição, ou seja, a população ao invés de crescer está diminuindo (GODINHO 1999).

A redução da fecundidade tem influência importante na mortalidade infantil, isso porque é entre as crianças de famílias mais pobres, que vivem em piores condições de vida, que a mortalidade infantil é maior, e são justamente essas famílias que apresentam índices mais elevados de fecundidade com maior número de filhos. Como o número de filhos diminui justamente nessas famílias em que era maior a mortalidade infantil, houve redução desta taxa, embora as condições sociais das mesmas e do país não tenham melhorado substancialmente (TELAROLLI 1997).

Essa realidade pode ser transposta para os Blocos A e B, onde o número de nascidos vivos no triênio de 1998-2000 é menor, e se comparado ao triênio 1995-1997, representando um decréscimo de 1,2% no número de nascidos vivos (NV) no Bloco A e 10,9% no número de nascidos vivos para o Bloco B. Já o Estado de São Paulo apresentou pequeno aumento no número de nascidos vivos (1,4%) ao se compararem os mesmos triênios (1998-2000 com 1995-1997) caracterizando dessa forma o processo de envelhecimento populacional e de transição demográfica para todo o universo estudado (Blocos A e B e Estado de São Paulo).

A utilização do critério evitabilidade dos óbitos é recente sendo regulamentada sua definição, classificação e utilização através da Portaria MS/GM n.º 723 de 10 de maio de 2001. A importância do conceito morte evitável fornece informações aos operadores da saúde, uma vez que essas causas de óbitos nunca ou raramente deveriam existir (TANIL e LIMA 2002).

Altas taxas de mortalidade infantil por causas evitáveis revelariam a precariedade do acesso e da qualidade dos serviços de saúde disponíveis à população; como altas taxas de mortalidade infantil mal-definidas ou não-classificadas apontariam problemas que vão desde a acessibilidade aos serviços, o não-preenchimento adequado dos atestados de óbitos, bem como, informações não fidedignas onde a causa básica do óbito não tenha sido corretamente selecionada (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001b)

É importante salientar a diferença entre o número de óbitos infantis para os triênios 1995-1997 e 1998-2000, a partir do número de óbitos em menores de um ano.

obtidos através do SIM 2001 (base 12/01) – base estadual disponibilizada pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES – SP), foram calculados todos os coeficientes de mortalidade infantil, porém ao compará-los com o número de óbitos segundo a evitabilidade onde se utilizou como fonte o SIM 2002 (base 05/02) – base federal disponibilizado pelo DATASUS/MS para o período de 1995 a 1999 e a base SIM de 2002 (05/02) – base Estadual (SES – SP), foram constatadas as seguintes diferenças :

Triênio 1995 - 1997

Bloco A:

— Diferença de 5 óbitos a mais quando utilizada a base federal do SIM.

Bloco B:

— nenhuma diferença do número de óbitos em menores de um ano entre as bases de dados utilizadas.

Estado de São Paulo:

— Diferença de 57 óbitos a mais quando utilizada a base federal do SIM.

Triênio 1998-2000

Bloco A:

— Diferença de 6 óbitos a mais quando utilizada a base federal do SIM.

Bloco B:

Nenhuma diferença do número de óbitos em menores de um ano entre as bases de dados utilizados.

Estado de São Paulo:

- Diferença de 66 óbitos a mais quando utilizada a base federal do SIM.

Essas diferenças são explicáveis, pois, apesar do mesmo sistema de informação (SIM), foram utilizadas bases diferentes (Estadual e Federal), em períodos diferentes (12/01 e 05/02). Nota-se que o número de óbitos em < 1 ano obtidos a partir da base federal do SIM é maior se comparado ao obtido através da base estadual, isto porque os óbitos ao serem computados a partir do local de residência da criança, os ocorridos em outros estados são computados na base federal, explicando assim as diferenças.

Ao se compararem os resultados obtidos no triênio de 1998-2000 com o triênio 1995-1997, em ambos os Blocos e Estado de São Paulo, nota-se o decréscimo do número de óbitos em menores de um ano não-classificados ou mal-definidos, podendo apontar hipóteses como a melhor acessibilidade aos serviços e o melhor preenchimento dos atestados de óbitos, para todo o universo estudado.

Considerando o critério evitabilidade dos óbitos, somente o Bloco A apresentou queda proporcional entre os triênios 1995-1997 e 1998-2000, enquanto o

Estado de São Paulo e o Bloco B tiveram aumento do número de óbitos nessa classificação.

Esses resultados poderiam sinalizar alguma melhoria do acesso e da qualidade dos serviços disponibilizados pelo Bloco A em comparação ao Bloco B e Estado de São Paulo, principalmente após a implantação do PSF no Bloco A (triênio 1998-2000), porém deve-se salientar o pequeno intervalo temporal (seis anos) de observação dos óbitos. Desta forma, a utilização metodológica do cálculo do número de óbitos por triênios, 1995-1997 (antes da implantação do PSF - Bloco A) e 1998-2000 (após a implantação do PSF - Bloco A), demonstrou visibilidade facilitando a análise dos resultados obtidos.

A mortalidade infantil pode ocorrer em dois períodos diferentes cujas causas de morte são usualmente ligadas a diferentes conjuntos de causas (FUNDAÇÃO SEADE 2001b).

O primeiro grupo, chamado mortalidade infantil neonatal, é constituído pelas mortes ocorridas na quatro primeiras semanas de vida depois do nascimento até a criança completar 28 dias (TELAROLLI 1997).

Nesse período, a maioria dos óbitos ocorrem por problemas relacionados a gravidez, parto e puerpério, ou seja, essa parcela da mortalidade infantil sofre grande influência de funcionamento dos serviços de saúde, do acesso a consultas de pré-natal, assim como o atendimento médico no momento da realização do parto (TELAROLLI 1997; FUNDAÇÃO SEADE 2001b). É raro problemas decorrentes do parto demorarem

mais de quatro semanas para levar a criança à morte, sendo mais freqüente ocorrer o óbito nas primeiras horas quando muito nos primeiros dias de vida (TELAROLLI 1997).

Nem todas as mulheres têm acesso ao pré-natal adequado. Para que este seja considerado de boa qualidade cumprindo seus objetivos, deve ter início o mais breve possível, de preferência no primeiro trimestre de gestação e receber pelo menos sete consultas médicas. Com relação ao pré-natal é fato que as gestantes da zona rural de todas as regiões do país, sem exceções, possuem cobertura de pré-natal menor ao se comparar com as gestantes da zona urbana (TELAROLLI 1997).

Os Blocos A e B apresentavam no triênio 1995-1997 o coeficiente de mortalidade infantil neonatal total de 10,8 óbitos/1000 NV e 10,4 óbitos/1000 NV respectivamente, e para o triênio 1998-2000 os valores de 11,6 óbitos/1000 NV (Bloco A) e 14,2 óbitos/1000 NV (Bloco B), resultando num aumento para o triênio 1998-2000 com relação ao triênio 1995-1997 de 7,4% para o Bloco A e 36,5% para o Bloco B, enquanto o Estado de São Paulo teve decréscimo do CMI neonatal de 15,2 óbitos/1000 NV no triênio de 1995-1997 para 12,0 óbitos/1000 NV no triênio de 1998-2000 ou seja, redução de 21,7% do valor desse coeficiente.

A observação pura e simples da queda do CMI neonatal somente ocorrida para o Estado de São Paulo no triênio 1998-2000 ao se comparar com o triênio 1995-1997 pode levar a uma análise ingênua de que somente o Estado de São Paulo teve bons resultados e desempenho desse coeficiente. Contudo ao se levarem em consideração os valores das taxas ou CMI neonatal nos mesmos triênios (1995-1997 e

1998-2000) tomando como parâmetro a meta dessa mesma taxa estipulada para o ano de 2001, integrante da Agenda Estadual de Saúde 2000, no valor de 11,0 óbitos por 1000 NV, nota-se que:

- O Estado de São Paulo, apesar do melhor desempenho (redução de 21,7%) no valor da TMI ou CMI neonatal no triênio de 1998-2000 se comparado ao triênio 1995-1997, teve ambos os valores superiores à meta estabelecida para o ano de 2001 (de 11,0 óbitos/1000 NV), na Agenda Estadual de Saúde 2001.
- Os Blocos A e B no triênio 1995-1997 apresentaram valores inferiores da TMI neonatal ao estabelecido na Agenda Estadual de Saúde 2001, porém no triênio 1998-2000 houve a ultrapassagem de valores com relação à mesma meta (11,0 óbitos/1000 NV), principalmente para o Bloco B, indicando o não-cumprimento da mesma.

Aprofundam-se dessa forma a análise dos valores, podendo concluir-se que, apesar do desempenho melhor do Estado de São Paulo no triênio 1998-2000 ao se comparar ao triênio 1995-1997, os melhores resultados, ou seja, os menores CMI neonatais nesses dois triênios foram os apresentados pelo Bloco A.

A queda da TMI neonatal é mais lenta e difícil mesmo nos países desenvolvidos, pois não depende somente da assistência básica à gestante (pré-natal), mas também da estruturação da assistência médico-hospitalar, da existência de maternidades, berçários e UTIs pediátricas e neonatais com vários níveis de

complexidade e qualidade de atendimento, que envolvem desde pessoal especializado até a moderna e custosa tecnologia de equipamentos (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2002).

É importante salientar que todos os valores obtidos para as TMI neonatal para o triênio 1998-2000 foram superiores à meta de 11,0 óbitos/1000NV estipulada na Agenda Estadual de Saúde 2001 onde o Bloco B apresentou pior resultado (14,2 óbitos/1000 NV), seguido pelo Estado de São Paulo (12,0 óbitos/1000NV) e o Bloco A (11,6 óbitos/1000 NV), demonstrando a necessidade de se investir na atenção à saúde voltada à gravidez, ao parto e ao puerpério, não apenas visando o cumprimento burocrático de metas mas sim objetivando evitar mortes desnecessárias de crianças.

A segunda parte da mortalidade infantil envolve os óbitos ocorridos entre o 28º dia de vida e o momento em que a criança completa um ano, recebendo o nome de mortalidade infantil tardia, ou pós-neonatal (FUNDAÇÃO SEADE 2001a).

As mortes tardias são causadas pelos conjuntos de problemas sociais e de saúde que podem afetar a criança no decorrer do seu primeiro ano de vida. A partir do segundo mês o bebê passa a sofrer uma série de influências das condições em que vive e é criado, ou seja, do meio ambiente. São essas condições que determinarão como a mortalidade infantil tardia se comportará em determinada população (TELAROLI 1997).

A renda familiar determina uma série de aspectos que influenciam na mortalidade infantil tardia. O conjunto desses aspectos, denominados condições sócio-

econômicas, incluem: tipo (qualidade) de alimentação das famílias; condições de higiene da residência e do bairro onde a família vive; saneamento básico, entre outros. O nível sócio-econômico também influencia, como também a qualidade da assistência médica disponível, o que é fundamental para a saúde da criança, pois quanto mais precocemente ela for atendida maiores serão as chances de cura. O outro aspecto relacionado ao nível sócio-econômico da família com influência sobre a mortalidade infantil tardia é o nível de escolaridade dos pais, especialmente o da mãe; quase sempre nas famílias de maior renda os pais apresentam maior escolaridade, contribuindo para qualidade de vida da criança (TELAROLLI 1997).

A prevenção da mortalidade infantil tardia acontece através de ações gerais sobre a população como a expansão do saneamento básico, o aumento das unidades ou postos de saúde, ausência de poluição ambiental significativa, que, apesar de não serem baratas, são tecnologicamente simples, pois não envolvem equipamentos sofisticados (TELAROLLI 1997; FUNDAÇÃO SEADE 2001a).

O Estado de São Paulo e os Blocos A e B tiveram decréscimo do coeficiente ou taxa de mortalidade infantil pós-neonatal no valor de 2,1 óbitos/1000 NV (ou 26,9%); 3,9 óbitos/1000NV (ou 52,7%) e 2,2 óbitos/1000NV (ou 44,9%) respectivamente, ao se comparar o triênio 1998-2000 com o triênio 1995-1997. Somente levando em consideração essas informações, pode-se cair na armadilha de se pensar no bom desempenho de todo o universo estudado, porém ao considerar como parâmetro a meta de 5,2 óbitos/1000NV para a TMI pós-neonatal estipulada para o ano 2001, integrante da Agenda Estadual de Saúde 2001, constatam-se:

- os CMI pós-neonatais no triênios 1995-1997 ultrapassaram a meta estipulada para o ano de 2001, para o Bloco A (7,4 óbitos/1000NV), e Estado de São Paulo (7,8 óbitos/1000NV), sendo que o Bloco B (4,9 óbitos/1000NV) obteve adequação em relação à meta.
- O CMI pós-neonatais no triênio 1998-2000 mantiveram-se dentro da meta estipulada de 5,2 óbitos/1000 NV da Agenda Estadual de Saúde de São Paulo – 2001 para os Bloco A (3,5 óbitos/1000NV) e B (2,7 óbitos/1000NV), porém inadequação do Estado de São Paulo (5,7 óbitos/1000NV) com relação à mesma meta.

Analisando-se os resultados, pode-se concluir que os menores valores do CMI pós neonatais para ambos os triênios (1995-1997 e 1998-2000) foram alcançados pelo Bloco B em seguida pelo Bloco A e Estado de São Paulo, porém a maior queda proporcional desta taxa foi a obtida pelo Bloco A.

Estudos mostram que ao se compararem diversos países, verifica-se que quanto melhor é o nível de saúde tanto menor é a proporção de óbitos pós-neonatais. Também está demonstrado que, ao se organizar uma série histórica dos índices de mortalidade infantil, desdobrados em seus componentes neo e pós-neonatais, a tendência melhora na direção de um aumento progressivo da proporção de óbitos neonatais, cujas causas são de controle mais difícil e complexo (ROUQUAYROL 1994a).

No estudo desses dois componentes da mortalidade infantil para os Blocos A e B e Estado de São Paulo, pode-se constatar que há esse maior peso

proporcional em ambos os triênios estudados da mortalidade infantil neonatal sobre a pós-neonatal, sinalizando a possível melhoria das condições gerais da saúde em todo o universo estudado, porém apontando que medidas mais complexas, sofisticadas e de maior custo terão que ser tomadas a fim de continuar a trajetória de diminuição dos coeficientes ou taxas de mortalidade infantil.

A mortalidade infantil é um dos mais conhecidos e utilizados indicadores das condições de vida e de saúde, não só das crianças mas da população em geral, porém sua análise deve ser cuidadosa (TELAROLLI 1997).

Não só no Brasil, mas em todo o mundo aumentou a expectativa de vida como resultado da ação conjunta de uma série de fatores. Os avanços tecnológicos, novos medicamentos e descobertas técnicas têm contribuído para esse aumento.

As melhorias nas condições de saneamento básico, a redução da fome e da desnutrição, a melhoria dos índices sociais, o impacto favorável dos avanços tecnológicos e ações públicas têm contribuído tanto para o aumento da expectativa de vida, quanto para a redução da mortalidade infantil. A diminuição da pobreza absoluta, a melhoria do acesso e qualidade dos serviços de saúde, a expansão das coberturas vacinais, a redução do número de filhos por mulher são fatores de extrema relevância para a redução contínua da mortalidade infantil (TELAROLLI 1997).

A análise desses fatores isoladamente pode induzir a erros, pois apesar da queda contínua da mortalidade infantil, a maioria da população brasileira vive em condições de pobreza. Essa realidade é perfeitamente transposta para ambos os Blocos,

pois dos 14 municípios que os integram, o Estado de São Paulo, rico e com ótimo desempenho dos índices sociais (IDH E IPRS), todos sem exceção são saudáveis, porém com baixo desenvolvimento econômico. As desigualdades sociais, econômicas e das taxas de mortalidade infantil são fatos presentes no país e no Estado de São Paulo, porém políticas sociais de saúde e ambientais vêm suavizando essa situação.

As taxas de mortalidade infantil são classificadas em (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000d, 2001e):

- Altas (50 ou mais óbitos/1000 NV).
- Médias (20 a 49 óbitos/1000NV).
- Baixas (menos de 20 óbitos/1000NV).

Salienta-se que esses valores são periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico.

A queda do CMI foi constatada para o Bloco A e Estado de São Paulo, ao compararem-se os valores obtidos no triênio 1998-2000 com o triênio 1995-1997, sendo que o Bloco B teve, nesse mesmo período, ligeiro aumento do valor dessa taxa. Porém ao levarem-se em consideração os valores dessa taxa no triênio de 1995-1997 para o Bloco A (18,3 óbitos/1000NV); Bloco B (15,4 óbitos/1000NV) e Estado de São Paulo (22,9 óbitos /1000NV) e no triênio 1998-2000 para o Bloco A (15,1 óbitos/1000NV); Bloco B (16,9 óbitos/1000NV) e Estado de São Paulo (17,6 óbitos/1000NV) constatam-se que:

- a meta da taxa ou coeficiente de mortalidade infantil para o ano 2001 estabelecida pela Agenda Estadual de Saúde - 2001 é < a 16,2 óbitos por 1000 NV, sendo que esse parâmetro somente foi alcançado pelo Bloco B no triênio 1995-1997 (15,4 óbitos/1000 NV) e pelo Bloco A no triênio 1998-2000 (15,1 óbitos/1000NV).
- a maior queda proporcional do CMI no triênio 1998-2000 ao se comparar com o triênio 1995-1997 foi a apresentada pelo Estado de São Paulo (23,4%), seguida pelo Bloco A (17,5%), enquanto o Bloco B apresentou aumento da mesma (9,7%).

Tomando como referencial a classificação TMI estipulada pelo Ministério da Saúde (já citada anteriormente), todo o universo estudado (ambos os Blocos e Estado de São Paulo) tiveram no triênio 1998-2000 a classificação como baixa (menos de 20 óbitos/1000NV).

No momento em que o CMI aproxima-se de 15 óbitos/1000NV, realidade esta do Estado de São Paulo e de ambos os Blocos, tornam-se mais difíceis novas reduções, exigindo aperfeiçoamento no sistema de saúde e uso da alta tecnologia, bem como a participação dos níveis de gestão federal, estadual e municipal, interagindo sinergicamente com a organização e o planejamento das ações (TELAROLLI 1997; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2002).

O Brasil é um dos países com desigualdades sócio-econômicas mais destacadas. Em anos recentes, o crescimento da economia elevou a renda média em

todos os extratos da população, mas a distribuição desigual fez aumentar as diferenças persistentes, tanto no país quanto no Estado de São Paulo. A renda média dos 10% mais ricos é cerca de 30 vezes a dos 40% mais pobres, enquanto que em outros países com grau de desenvolvimento social comparável ao do Brasil é apenas 10 vezes maior. Os 50% mais pobres tiveram entre 1960 e 1990 sua participação na renda nacional reduzida de 18% para 12%, enquanto a dos 20% mais ricos elevou-se de 54% para 65% no mesmo período (OPAS/ OMS 1998).

Diante dessa realidade, o desafio em manter a queda das taxas de mortalidade infantil deverá imbricar-se com a busca da justiça social, através da distribuição equânime da renda, diminuindo assim o abismo que hoje separa os pobres dos ricos, no país e no Estado de São Paulo.

5.3 Cobertura Vacinal e Taxa de Abandono da DPT

A constituição nacional estabelece que a responsabilidade maior pela prestação dos serviços de saúde cabe ao município, embora condicionada à cooperação técnica e financeira da União e do Estado (CONASEMS 1993).

A vacinação é uma ação integrada e rotineira dos serviços de saúde, pertencendo ao nível de atenção primária de pequena complexidade e de grande impacto nas condições gerais de saúde de um município, representando um dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas, sendo uma das medidas mais custo-efetivas na prevenção de doenças; organizar-se para a vacinação é um dos primeiros passos ao alcance das prefeituras (CONASEMS 1993 ; MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998b).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), através do Programa Ampliado de Imunização (PAI), criado em 1974, estabeleceu o objetivo de proporcionar serviços de imunização para todas as crianças do mundo e atingir 100% delas, com o calendário básico durante o primeiro ano de vida (WHO 2001). O PAI elege como prioritárias as faixas etárias de crianças menores de um ano e de mulheres em idade fértil (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998b).

O esquema vacinal básico orienta sobre a aplicação das vacinas obrigatórias no primeiro ano de vida, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde e mutável segundo situações especiais como, por exemplo, em casos de epidemias.

Promover a imunização de todas as pessoas elegíveis para a vacinação em qualquer contato com os serviços de saúde, públicos ou privados, é o método direto para completar o esquema de vacinação o mais precocemente possível e alcançar elevadas coberturas vacinais (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998b).

A imunização tem propiciado benefícios incontestáveis à população com a prevenção das doenças infecciosas que antigamente determinavam alta mortalidade. A meta operacional básica do Programa Nacional de Imunização (PNI) é a vacinação de 100% das crianças menores de um ano com todas as vacinas indicadas pelo esquema vacinal básico, associada à busca ativa de não-vacinados na população de um a cinco anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998b e SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2000).

A definição de metas, ou seja, a quantificação dos objetivos e prioridades facilita o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde. Controlar e erradicar doenças e agravos, tem relação direta com a necessidade de trabalhar determinados contingentes da população-alvo em um período de tempo definido. O impacto epidemiológico satisfatório exige que para a execução de medida de controle específica relativa a cada doença ou agravo, seja determinado um percentual da população capaz de interromper a cadeia de transmissão.

Esse percentual está relacionado ao grau de eficácia do imunobiológico e as características epidemiológicas da doença.

Conforme a orientação do Ministério da Saúde, de acordo com a eficácia das vacinas e as características epidemiológicas, preconizam-se os seguintes percentuais de cobertura vacinal como meta (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2000b):

- DPT ou Tríplice Bacteriana: eficácia (de 90 a 95%); índice recomendado de cobertura vacinal (90% de vacinação dos suscetíveis ou não-vacinados).
- BCG: eficácia (cerca de 80%); índice recomendado de cobertura vacinal (90% de vacinação dos suscetíveis).
- Contra o sarampo: eficácia (cerca de 95%); índice recomendado de cobertura vacinal (95% de vacinação dos suscetíveis).

- Contra a poliomielite: eficácia (cerca de 95%); índice recomendado de cobertura vacinal (90% da vacinação dos susceptíveis).

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, através da Agenda Estadual de Saúde 2001, acolhe integralmente essas metas estipuladas pelo Ministério da Saúde, estabelece que pelo menos 80% de seus 645 municípios possuam cobertura vacinal adequada para todas as vacinas, devido à importância e relevância dos valores estipulados pelo Ministério da Saúde e pela SES-SP. Para o cumprimento dessas metas, tomando-as como parâmetro para análise dos resultados obtidos constatam-se que :

- o Bloco A e o Estado de São Paulo, cumpriram integralmente, ano a ano, no período estudado (de 1996 a 2000), as metas estipuladas, enquanto,
- o Bloco B descumpriu em dois momentos essa meta: no ano de 1996 para a vacina contra o sarampo (meta de 95%, resultado da cobertura foi de 94,4%) e o ano de 2000 para a vacina BCG (meta de 90%, resultado da cobertura foi de 88,6%).

As coberturas vacinais da vacina BCG e contra o sarampo, ambas constituídas por dose única em menores de um ano, apresentaram oscilações no período de 1996 a 2000 e foram as únicas que tiveram o descumprimento de metas (BCG ano 2000 pelo Bloco B e sarampo ano 1996 pelo Bloco B). Com relação às coberturas vacinais da anti-pólio e da DPT, aplicadas em três doses no período de 1996 a 2000 houve o cumprimento das metas estipuladas, por todo o universo estudado, além de

constatar-se extrema semelhança no traçado gráfico representativo dessas coberturas vacinais.

É importante salientar que os resultados descritos são oriundos do subsistema estadual de informações (API – PNI) do Estado de São Paulo para todo o período estudado, utilizando-se para o número de doses vacinais as estimativas populacionais do SEADE, diferentemente da base federal desse mesmo sistema de informações que utiliza a estimativa populacional do IBGE. Portanto, é possível obterem-se diferentes resultados de coberturas vacinais mediante a base de dados utilizada para efeito desses cálculos.

A taxa de abandono da DPT ou Tríplex Bacteriana reflete a capacidade de promover a vacinação das crianças menores de um ano com as três doses da vacina. Além da captação é necessário promover a adesão ao programa, de maneira a garantir a terceira dose, idealmente no primeiro ano de vida. Reflete também a capacidade do programa de imunizações em nível local de realizar a busca de faltosos e reintegrá-los ao programa (SANTOS 1994; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2000, 2001).

A meta estipulada para o ano 2001 pela Agenda Estadual de Saúde - 2001 para a taxa de abandono para as vacinas com esquema de três doses (DPT, Pólio, Hib e Hepatite B) é de \leq a 5%. Tomando como parâmetro essa meta (taxa de abandono da DPT \leq a 5% para o período estudado (1998 a 2000) para o Estado de São Paulo e ambos os Blocos, constata-se que os Blocos A e B e o Estado de São Paulo, atingiram essa meta

em 1998 e 2000, enquanto todo esse universo de estudo a descumpriu em 1999, (Bloco A 6,23%; Bloco B 7,28% e Estado de São Paulo 6,88%). Os valores dessa taxa no ano de 1999 apresentaram-se muito díspares ao se compararem com os outros anos estudados, porém a primeira hipótese levantada sobre uma possível falta de doses dessa vacina em 1999 foi descartada pela Divisão de Imunização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Uma outra hipótese sobre a estimativa populacional – SEADE ter sido distorcida da realidade demográfica também não foi confirmada pelo órgão.

Ao se observarem os resultados da taxa de abandono DPT para o triênio 1998-2000, o Bloco A apresentou os menores valores – melhor desempenho (3,54%), seguido pelo Estado de São Paulo (4,55%) e o Bloco B (4,77%), respectivamente, dessa forma cumprindo a meta estipulada pela Agenda Estadual de Saúde 2001 (<5%).

A imunização é uma ação prioritária e rotineira dos serviços básicos de saúde, com o objetivo do controle e da erradicação de doenças imunopreveníveis. Portanto, ao se analisarem as coberturas vacinais e as taxas de abandono da DPT, verifica-se a efetividade e a eficiência dos serviços da atenção básica à saúde.

O PNI (Programa Nacional de Imunização) brasileiro é reconhecido internacionalmente por sua excelência e efetividade, qualidades essas que devem ser estendidas ao Estado de São Paulo, e em ambos os Blocos, mediante os resultados apresentados nos períodos estudados.

5.3 Hospitalizações

Os principais problemas de saúde pública relativos à criança freqüentemente surgem de sua vulnerabilidade, resultante de elementos do seu processo de crescimento e de desenvolvimento, e do ambiente em que esse processo ocorre (ROUQUAYROL 1994a).

A recente melhoria observada na evolução dos indicadores de morbimortalidade em crianças decorre da interação de fatores demográficos, econômicos e sociais, intervenções específicas do setor saúde, tais como as imunizações, o uso da terapia de reidratação oral (TRO) e o incentivo ao aleitamento materno, e foram chaves para a erradicação da poliomielite, a virtual eliminação da mortalidade por sarampo, a drástica redução do tétano neonatal, o decréscimo de 50% dos óbitos por diarreia e a redução da desnutrição, especialmente em suas formas graves (OPAS/OMS 1998).

A diarreia aguda na criança é causada por múltiplos patógenos, embora seja geralmente uma doença de um determinado período com pouco risco a crianças bem nutridas.

A desidratação é a complicação principal da diarreia e quanto menor a criança maior é a suscetibilidade. Outra complicação da diarreia é seu impacto negativo no estado nutricional da criança (ROUQUAYROL 1994a,b).

Estima-se que crianças menores de cinco anos tenham uma média de 3,9 episódios de diarreia por ano, segundo a OPAS/OMS em 1992, concentradas nos dois primeiros anos de vida. A curta duração do aleitamento materno, especialmente de forma exclusiva e a falta de condições higiênicas das famílias carentes resultam nas diarreias infantis. O combate à diarreia infantil baseia-se no tratamento adequado dos casos e na promoção de ações de prevenção primária como, por exemplo, alimentação adequada e saneamento básico. O meio principal para tratamento das diarreias é a utilização da terapia de reidratação oral (TRO) na prevenção e tratamento da desidratação, concomitantemente com a manutenção de dieta apropriada e a restrição do uso de medicamentos (somente com indicação médica), em casos limitados.

Uma pequena porcentagem dos episódios pode precisar de hidratação venosa pela intensidade de evacuações e vômitos ou pela dificuldade da ingestão do soro de reidratação oral (SRO) em quantidade suficiente devido à debilidade do paciente (ROUQUAYROL 1994a,b).

O uso da terapia de reidratação oral (TRO) aumentou entre 1991 e 1996 em 35% na região nordeste do país, contribuindo significativamente para a redução da mortalidade por diarreia. Atribui-se a essa causa 25% das internações hospitalares do SUS em crianças menores de um ano de idade no país, entre 1995 e 1996, com um custo aproximado de 20 milhões de dólares ou 11,5% dos gastos hospitalares nessa faixa etária, nesse período (OPAS/OMS 1998.). No Estado de São Paulo, no ano 2000, essas internações (por diarreias) corresponderam a 9,7% do total das internações em menores

de cinco anos, com um valor médio por AIH (Autorização de Internação Hospitalar) paga de R\$290,89 (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2002).

As taxas de internações por diarreias em menores de cinco anos, por local de residência, tiveram no período estudado (1998 a 2000) pequenas oscilações, com destaque para o aumento contínuo (embora em pequenos percentuais), dessa taxa para o Bloco A. Verificando essa taxa para o triênio 1998-2000, novamente o Bloco A apresenta a maior taxa (0,010 ou 1,0%), seguida pelo Bloco B (0,009 ou 0,9%) e Estado de São Paulo (0,006 ou 0,6%).

O aleitamento materno, práticas melhoradas de desmame, uso de água limpa, higiene pessoal e saneamento adequado são meios eficazes de prevenção das diarreias (ROUQUAYROL 1994a,b).

As infecções respiratórias agudas (IRAs) referem-se a diversas infecções do trato respiratório superior (faringites, amigdalites, sinusites, otites, etc.) e inferior (pneumonias e bronquites). As IRAs são causadas por diversos vírus e bactérias, sendo os mais importantes em crianças, o pneumococo e o haemophilus influenzae, bioagentes principais da pneumonia bacteriana.

Estima-se que crianças menores de cinco anos em áreas urbanas de países em desenvolvimento sofrem de cinco a oito episódios de IRA por ano, segundo a OMS em 1992. Como nas diarreias, o aleitamento materno exclusivo é fator de proteção às IRAs (ROUQUAYROL 1994a,b).

Como fatores de risco para IRA, incluem-se: poluição do ar doméstico (pais fumantes) e do ar ambiental, baixo peso ao nascer, baixo nível sócio-econômico, desnutrição, e grandes evidências de que a deficiência de vitamina A seja um fator de risco significativo para as IRAs (ROUQUAYROL 1994a,b).

As infecções respiratórias agudas estão entre as três principais causas de morbi-mortalidade em crianças menores de cinco anos no Brasil. Atribuem-se a essa causa 34% das internações hospitalares do SUS em crianças menores de um ano de idade entre 1995 e 1996 (apesar de afetar crianças até os cinco anos de idade com altos percentuais de internação), com um custo estimado de 60,4 milhões de dólares ou 34,4% dos gastos hospitalares desse período, nessa faixa etária (OPAS/OMS 1998).

No Estado de São Paulo, no ano 2000, essas internações corresponderam a 42,7% do total de internações em menores de cinco anos, com um valor médio por AIH de R\$ 303,77 (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2002).

As taxas de hospitalizações por pneumonias/IVAS em menores de cinco anos, por local de residência, e por todas as causas, apresentam pequenas variações no período de 1998 a 2000 para os Blocos A, B e Estado de São Paulo, porém ao se verificarem ambas as taxas para o triênio de 1998-2000, os valores para o Bloco A (3,5% para pneumonias/IVAS e 9,2% gerais) e Bloco B (3,5% para pneumonias/IVAS e 9,2% gerais) essas praticamente se igualam, tendo como melhor desempenho, com os menores valores, o Estado de São Paulo (2,5% para pneumonias/IVAS e 8,1% gerais).

Como prevenção primária às IRAs, deve-se promover a amamentação exclusiva, a vacinação anti-sarampo (visando a prevenção da pneumonia pós-sarampo), a diminuição da poluição do ar e a vacinação contra *haemophylus influenzae* (ROUQUAYROL 1994a,b).

A assistência médico-hospitalar foi sempre uma questão importante nos debates sobre o sistema de saúde, pela natureza do trabalho, a grande demanda, a acessibilidade, a qualidade da assistência e os recursos financeiros envolvidos no financiamento e os gastos, entre outras variáveis. Um estudo realizado no Estado de São Paulo, analisando a produção física das AIHs e os gastos delas decorrentes entre 1994 e 1996, apresenta basicamente a diminuição do volume das mesmas, porém com aumento de seus valores médios. Essa mesma tendência foi registrada pelo Ministério da Saúde para o país como um todo, sem exceções, em pesquisa sobre as ações hospitalares, no período de 1995 a 1999 (ALMEIDA e CASTRO 1997).

Outros tópicos de relevância para a análise dos resultados obtidos foram apontados por essa pesquisa ministerial, realizada no período de 1995 a 1999, são eles (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002b):

- variação negativa de 3% no número de leitos hospitalares do SUS no país nesse período, inclusive no Estado de São Paulo.
- O Estado de São Paulo teve um decréscimo no número de leitos por 1000 habitantes de 3,37 leitos/1000 habitantes em 1995 para 2,94 leitos/ 1000 habitantes em 1999.

- Diminuição global de 6% no volume das AIHs pagas no Brasil e 12% de diminuição no Estado de São Paulo.
- Gasto médio por AIH subiu nesse período (1995 a 1999) 33% no país e 25,2% no Estado de São Paulo.
- O Estado de São Paulo apresentou o terceiro maior gasto per capita com internações (R\$33,26) enquanto o país teve uma média de valor de R\$28,87 per capita/ano.

A assistência hospitalar prestada à população se faz através de hospitais públicos, contratados, conveniados e cadastrados no SUS, que atendem 2/3 da população do país (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA 2002).

O Estado de São Paulo possui a maior rede de estabelecimentos de saúde do país, (15% do total) onde a esfera municipal responde por 90% deles, em sua grande maioria (92%) sem internação (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO 2002).

Ao se observarem as internações em menores de cinco anos, o Estado de São Paulo apresentou os menores valores por todas as causas estudadas (diarréias, IVAs/pneumonias e gerais), seguido por ambos os Blocos, que obtiveram praticamente os mesmos resultados percentuais para todas essas taxas.

Estudos de taxas de internações foram realizados após a implantação do Programa de Saúde da Família onde se observam:

- redução de 43% da taxa geral de internações, em todas as faixas etárias no período de 1996 a 2000, no município de Ibiá – Minas Gerais (TURCI e ARANHA 2000) e
- redução das taxas de internações por diarreias e pneumonias/IVAS, em menores de cinco anos, no Programa de Saúde da Família – Qualis São Paulo capital, após sua implantação em 1996 (SANTOS 2001).

Além desses dois trabalhos, o Ministério da Saúde cita como um dos efeitos da implantação do PSF a diminuição do número de internações em diversos momentos.

Mediante os resultados encontrados, algumas hipóteses podem ser levantadas, dentre elas:

- maior quantidade de equipamentos, tecnologia, leitos hospitalares (LH) e unidades básicas de saúde (UBS), no período 1998 a 2000, para o Bloco A se comparado ao Bloco B, facilitando assim o acesso aos serviços, gerando demanda.
- maior percentual de população rural no Bloco A (população mais vulnerável, ou seja, mais exposta ao risco de adoecer) se comparado ao Bloco B, e
- a necessidade dos municípios receberem verbas federais e estaduais para o custeio e manutenção dos serviços já existentes, lembrando-se

do período de 1988 a 1998, da verdadeira indústria da criação de municípios, sendo que no final de 1999 atingia a casa dos 5.507 municípios no Brasil. Destes, 2.500 vivem às custas do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e 3.100 têm como principal fonte de custeios a Previdência Social (SIMÕES 1999).

Essa última hipótese demanda estudos mais aprofundados, não descartando, contudo, que outros fatores não citados possam ter tido influência sobre os resultados obtidos. Esses dados, porém, evidenciam a necessidade de continuidade da valorização da atenção básica, uma vez que muitas internações são evitadas à medida que se melhoram o acesso, a qualidade e a resolutividade dos serviços, minimizando dessa forma o custo social que geram.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

- O estudo da mortalidade infantil e seus componentes (neonatal precoce, neonatal tardio, neonatal e pós-neonatal), no período de 1990 a 2000, mostrou que os valores dos Blocos A (com PSF) e B (sem PSF), apresentaram maiores oscilações se comparados aos do Estado de São Paulo, revelando que as taxas em pequenas populações estão sujeitas a maiores flutuações.
- Na comparação dos valores do CMI dos triênios estudados (1998-2000 e 1995-1997), o Estado de São Paulo mostrou o melhor desempenho com as maiores quedas proporcionais (23,4% da mortalidade infantil; 26,9% do componente pós neonatal e 21,7% do componente neonatal), seguido imediatamente pelo Bloco A (17,5% da mortalidade infantil; 52,7% do componente pós neonatal e aumento de 7,4% do componente neonatal). O Bloco B apresentou aumento de 9,7% da mortalidade infantil, de 36,5% do componente neonatal, e um decréscimo de 44,9% do componente pós neonatal. Embora todos os CMI, segundo o Ministério da Saúde, pertençam à classificação baixa (exceção para o Estado de São Paulo no triênio 1995-1997), a proximidade de 15/1.000NV, faz com que a continuidade de sua redução demande o uso de alta tecnologia, a participação de todos os níveis de gestão, paralelamente à busca da justiça social.
- O aumento da oferta de serviços básicos à população (número de UBS), no período de 1998 a 2000, e a melhoria dos índices sociais (IDH e IPRS), para ambos os Blocos e Estado de São Paulo, interagindo com a mortalidade infantil, sinalizaram sua influência sobretudo para o Estado de São Paulo e Bloco A. A

partir do segundo semestre de 1998, iniciou-se a implantação do PSF nesse Bloco, o que poderia indicar que essa tenha sido um fator positivo para o comportamento da mortalidade infantil, sobretudo ao compará-lo com o do Bloco B. Portanto, o PSF atuou no período estudado como um possível fator protetor para a mortalidade infantil.

- As coberturas de todas as vacinas do esquema básico estudadas (DPT, anti-pólio, BCG e anti-sarampo), sofreram, em ambos os Blocos e Estado de São Paulo, freqüentes variações no período de 1996 a 2000. As coberturas vacinais da DPT e anti-pólio (vacinas constituídas por três doses), nesse mesmo período, para todo o universo de estudo, mostraram grande semelhança proporcional de valores. As correspondentes ao sarampo e BCG, também guardaram semelhança e oscilação proporcional. Conclui-se, por meio dos resultados de todas as coberturas vacinais, que não houve destaque no comportamento de nenhum dos Blocos, como também do Estado de São Paulo, e que, praticamente, todos os valores (com exceção do BCG, em 2000, e anti-sarampo, em 1996, para o Bloco B) adequaram-se às metas estipuladas.
- Com relação à taxa de abandono de DPT, no período de 1998 a 2000, o Bloco A destacou-se pela obtenção dos menores valores anuais e trienal, seguido à maior distância pelo Estado de São Paulo e Bloco B. Esse indicador, ao refletir diretamente a efetividade e a eficiência dos serviços de saúde prestados, teve o melhor desempenho o Bloco A, sinalizando que a implantação do PSF tenha contribuído para esse resultado, atuando também como um possível fator protetor para o abandono da vacina DPT. Dessa forma, conclui-se que, tanto pelas coberturas vacinais, quanto pelas taxas de abandono da DPT apresentadas, que o

Programa Estadual de Imunizações compartilha com esses municípios a qualidade e a excelência na implementação de suas ações.

- As taxas de hospitalização, em menores de 5 anos, segundo local de residência, por diarreias, por IVAs /pneumonias e por todas as causas, no período de 1998 a 2000, demonstraram valores semelhantes entre os Blocos, porém, superando os do Estado de São Paulo. Algumas características comuns, como piores índices sociais (IDH e IPRS), maior percentual de população rural e menores percentuais de saneamento básico entre outros, se comparadas às do Estado, sinalizaram sua influência nos resultados dessas taxas para ambos os Blocos. Pode-se concluir que a contribuição do PSF no Bloco A, observada tanto para as taxas de mortalidade infantil quanto para as de abandono da DPT, não é verificada para as taxas de hospitalização avaliadas. Esses resultados evidenciam a necessidade constante em se valorizar a atenção básica, aumentando sua resolutividade e qualidade, objetivando, em última análise a equidade, entendida esta à aplicação universal e equitativa das regras e procedimentos.
- Os municípios de Roseira e Bananal pertencem à mesma regional de saúde, apresentam semelhanças quanto à população, índices sociais (IDH e IPRS), mortalidade infantil e número de leitos hospitalares. Diferenciam-se pelo tipo de gestão em saúde e modelo assistencial básico implantado, pois, enquanto Bananal possui PSF e tem gestão plena de sistema, Roseira não possui PSF e tem gestão plena da atenção básica. Conclui-se que, ambos os gestores conheciam e qualificaram positivamente o PSF como fator preponderante de prevenção à saúde, capaz de melhorar a assistência prestada; e os usuários estavam satisfeitos com a atenção recebida, dando importância ao não pagamento dos

serviços e insumos utilizados, à presença de remédios e médicos na unidade de saúde e à qualidade do atendimento, sendo indiferentes ao modelo assistencial existente.

7. REFERÊNCIAS

7. REFERÊNCIAS

- Almeida E, Castro CGJ. Evolução das internações e dos gastos com AII no Estado de São Paulo de 1994 a 1996. [resumo]. In: **Anais do 5º Congresso Paulista de Saúde Pública**; 1997; Águas de Lindóia, São Paulo.
- Arretche MTS. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: Ed. IEPUC São Paulo; 2001. p.45-56.
- Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). **Revista brasileira de enfermagem – saúde da família 2000**; 53. Brasília (DF); 2000. p.118-119.
- Associação Paulista de Medicina. **O SUS e os hospitais**. [on line]. 2002. Disponível em < URL: <http://www.apm.connectmed.com.br/~apm>> [2002 maio 08].
- Baker J. Avaliando o impacto de projetos em desenvolvimento voltados à pobreza. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: Ed. IEPUC São Paulo, 2001. p.59-75.
- Barreira MCRN, Carvalho MCB. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: Ed. IEPUC São Paulo; 2001. p.1 -17.

Benguigui Y, Yunes J, et al. **Ações de saúde materno infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância.** Washington (DC). OPAS/ Comitê Coordenador Interagencial para as Américas; 1997. p.19-41.

Blum HL. **Planning for health.** New York: Human Sciences Pres; 1981.

Breilh J. **Ciudad e muert infantil.** Quito: CEAS; 1983.

Brito GS. Eventos adversos e segurança das vacinas. In: Farah CK (Org). **Imunizações – fundamentos e práticas.** São Paulo: Ed. Atheneu; 2000.

Brundthand G. **Discurso de posse do comitê executivo da OMS – 1998.** [on line]. 2002. Disponível em < URL: <http://www.who.org/~who> > 2002 [2002 jan 10].

Campanário e Maia. **Modelo de projeção populacional.** São Paulo.1994: s.n.t.

Cardoso DM, Costa MO. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente.** Porto Alegre: Ed. Biomédica - Ar. Méd; 1998. p.191-201.

Capistrano DF. **O Programa de Saúde da Família em São Paulo.** São Paulo: Est. Avanç 13(35); 1999. p.89-100.

Carvalho DM. **Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual.** Brasília: IESUS vol. V(4); 1997.

Castillo e Salgado, C. Análisis de la situación de salud en las Américas. In: **Boletim epidemiológico OPS 2000**; 2000. 21(4):1-9.

Cavinatto VM. **Saneamento básico – fonte de saúde e bem – estar**. 12 ed. São Paulo: Ed. Moderna; 1995. p.62.

CONASEMS- Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. **A criança e os municípios**: Brasília (DF); 1993. p.4 – 18.

Cutts TF, Smith P. **Vaccination of world health**. London:Wiley & Sons;1995.p.3 – 14.

Dallari SG. **A saúde do brasileiro**. 8 ed. São Paulo: Ed. Moderna; 1997. (Coleção Polêmica).

Dever GEA, Champagne F. **A epidemiologia na administração de serviços de saúde**. São Paulo: Ed. Pioneira; 1998. p.48-67.

Draibe SM. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: Ed. IEPUC São Paulo, 2001. p.15 – 45.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo- FSP/USP. **Guia de apresentação de teses**. São Paulo: 1998. v

Faghil MA. Epidemiology and the training of physicians. New York: **International Journal of Epidemiology**. 1997; vol. 6(4): p.331 – 333.

Farhat CK, Moraes JC. **Atualização do Programa Estadual de Imunização – 1999**. 1 ed. São Paulo: Ed. Passim – Ped; 1999. p.359 – 367.

Farhat CK (Org). **Imunizações: fundamentos e prática**. São Paulo: Ed. Atheneu; 2000.

Fiocruz. Divulgação em Saúde para Debate. **Os caminhos do PSF no Brasil. As cidades escrevendo suas histórias**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES; 2000.

Fundação SEADE. **Índice de Desenvolvimento Humano 1996**. [on line]. 1998. Disponível em <URL: <http://www.seade.sp.gov.br/~seade>> [2002 mar 22].

Fundação SEADE- Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo. **Desenvolvimento Humano no Estado de São Paulo 1970 a 1996**. São Paulo; 1999.

Fundação SEADE- Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo. **Índice Paulista de Responsabilidade Social**. São Paulo; 2001a.

Fundação SEADE. **IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social 2001**. [on line]. 2001b. Disponível em <URL: <http://www.saude.sp.gov.br/~saude.sp>> [2001 out 26].

Fundação SEADE- Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo. **Anuário estatístico do Estado de São Paulo: introdução – transferência do Ministério da Saúde para o Estado de São Paulo e municípios segundo prestador no período de 1997 a 1999.** São Paulo; 2001c.

Fundação SEADE- Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo. **Anuário estatístico do Estado de São Paulo: 2000.** São Paulo; 2002a.

Fundação SEADE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNUD, 1998.** [online]. 2002b. Disponível em <URL: <http://www.seade.sp.gov.br/~seade> [2002 mar 22].

Godinho RE. **A trajetória das estatísticas vitais nos anos 80 e seus reflexos no fim de milênio no Estado de São Paulo.** São Paulo; 1999 [tese de doutorado apresentada na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Sociais da USP].

Gordis L. Challenges to epidemiology in the coming decade. **American Journal of Epidemiology.** 1980; 2:112.

Goulart FA. **Modelo assistencial em saúde - uma questão política. O município e o SUS.** 1 ed. Rio de Janeiro: IBAM - Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 1990. p.20 – 22.

Henderson RH. **Vaccination: successes and challenges.** 1 ed. Geneva: WHO; 1994.

IBGE. **Censo demográfico – 1991:1993**. Rio de Janeiro; 1993.

Laurenti R, Mello Jorge MH, Lebrão MI., Gotlieb SLD. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo: Ed. Edusp; 1985.

Laurenti R, et al. **Estatísticas de Saúde**. São Paulo: Ed. Edusp; 1987.

Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Estatísticas de Saúde. **Revista da USP** 2001; 51: 44 – 57.

Lilienfeld AM. **Foundations of epidemiology**. New York: Oxford University Press; 1980.

Madeira LM. **Descortinando os determinantes sociais das reinternações infantis**. São Paulo; 1996 [Tese de doutorado apresentada na Escola de Enfermagem da USP].

Melhoramentos. **Minidicionário da Língua Portuguesa São Paulo**. 1 ed. São Paulo: Ed. Melhoramentos; 1997.

Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Soboll MLM, Baldijão MRDO. **O sistema de informações sobre nascidos vivos – SINASC**. Série Divulgação São Paulo : Centro da OMS para a Classificação de doenças; 1992.

Menéndez E, Roersch C. **Medicina tradicional 500 años después: história y consecuencias actuales**. 1 ed. Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana; 1993.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília (DF); 1985 [manuais técnicos- Norma 21 VE].

Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990**. [on line]. 1990. Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/~saude>>2002 [2002 fev 21].

Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica, NOB 01/1996**. [on line]. 1996. Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/~saude>>2002 [2002 fev 22].

Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1882 de 18/12/1997**. [on line]. 1997. Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/~saude>>2002 [2002 fev 22].

Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília (DF); 1998a [manual de organização e orientação do Programa de Saúde da Família].

Ministério da Saúde, Funasa- Centro Nacional de Epidemiologia. **Programa Nacional de Imunizações, PNI, 25 anos**. 1 ed. Brasília (DF); 1998b.

Ministério da Saúde. **Manual do sistema de informação da atenção básica – SIAB**. Brasília (DF); 1998c. [manual sobre o sistema de informações do PSF].

Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2409 de 23/03/1998**. [on line].1998d.
Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/~saude>>2002 [2002 fev 21].

Ministério da Saúde. A regionalização e a atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. 1999a ; 3:11-16.

Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1329 de 12/11/1999**. [on line].1999b.
Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/~saude>>2002. [2002 fev 21].

Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 709 de 10/06/1999**. [on line].1999c. Disponível
em <URL: <http://www.saude.gov.br/~saude>>2002. [2002 fev 21].

Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. 2 ed. Brasília (DF);
1999d.

Ministério da Saúde. **Avaliação de implantação e financiamento do Programa de Saúde da Família – PSF**. 1 ed. Brasília (DF); 2002a . p. 5 – 10.

Ministério da Saúde, Funasa – Centro Nacional de Epidemiologia. **CBVE – nível médio**. 1º
ed. Brasília (DF); 2000b.

Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde – ACS**. 3 ed. Brasília
(DF); 2000c. p.31- 84.

Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a saúde- RIPSAs. **Indicadores e dados básicos para saúde- IDB 2000**. Brasília (DF); 2000d.

Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília (DF); 2000e.

Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde, Declaração de Alma – Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa fé, Declaração Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Mega Países, Declaração do México**. Brasília (DF). 2001a . p.15-17.

Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 723 de 10/05/2001**. [on line].2001b. Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/~saude>>2002. [2002 fev 21].

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília (DF); 2001c. p.6-7.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estado Nutricional da Clientela Infantil do Saúde da Família e do ICCN na Região Nordeste. **Alimentação e nutrição II – Informe da atenção básica**. Brasília (DF); 2001d.

Ministério da Saúde. **DATASUS: Indicadores de saúde e demografia**. 2001e. [on line].2001e. Disponível em <URL: <http://www.datasus.gov.br/~datasus.gov>> [2001 nov 01e 02].

Ministério da Saúde. **Importância dos sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e nascidos vivos (SINASC) para os Profissionais do PSF**. 1 ed. Brasília (DF); 2001f.

Ministério da Saúde. O PSF e a atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. 2002a; 4:15-16.

Ministério da Saúde. **Hospitalizações/Internações**. [on line]. 2002b. Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/~saude.gov>> [2002 maio 24].

Ministério da Saúde. Área Técnica de Carências Nutricionais. **Bolsa Alimentação**. [on line]. 2002c. Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/~saude.gov>> [2002 fev 08].

Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 373 de 27/02/2002**. [on line]. 2002d. Disponível em <URL: <http://www.saude.gov.br/~saude.gov>> [2002 fev 23].

Monteiro CA. Mortalidade infantil e desenvolvimento social. **Rev. Saúde em Debate**; 1980; 5. p.27-29.

Monteiro CA. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. 1 ed. São Paulo: Ed. Hucitec; 1995.

Moris JN. **Uses of epidemiology**. 3 ed. Edimburgo: churchill Livingstone; 1975.

Mowbray D. **The management process: epidemiology and health**. 4 ed. Londres: Hanry Kimpton Publishers; 1997.

OPAS/OMS. Representação no Brasil **A Saúde no Brasil**. Brasília (DF); 1998. p.7 - 80.

Ortiz LP, Camargo ABM, Oushiro FE. **Continua diminuindo a mortalidade infantil em São Paulo**. São Paulo: Fundação SEADE; 1995.

Paim JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. **Epidemiologia e saúde**; 4 ed. Rio de Janeiro: Médici; 1999. p.450 - 472.

Paim JS. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde; capítulo 21. In: Rouquayrol MZ; Almeida NF. **Epidemiologia e Saúde**; 5 ed. Rio de Janeiro: Médici 1999. p.589 - 603.

Prefeitura do Município de São Paulo. **O conceito de modelo assistencial na construção dos distritos sanitários**. [on line]. 2002. Disponível em <URL: <http://www.pmsp.saude.sp.gov.br/~pmsp>> [2002 jun 20].

Rouquayrol MZ. A medida da Saúde. In: Rouquayrol MZ. **Epidemiologia e saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1994a. p.23-76 e p.315 a 324.

Rouquayrol MZ. Saneamento Básico. In: Rouquayrol MZ. **Epidemiologia e saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1994b. p.343 - 355.

Santos, AR. Imunização. In: Rouquayrol MZ. **Epidemiologia e saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1994. p.281- 313.

Santos RMB. **Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis) – relato de uma experiência (abril de 1996 a junho de 1999)**. São Paulo; 2001. [dissertação apresentada ao departamento de práticas de saúde pública da Faculdade de Saúde Pública da USP].

Schraiber LB. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate** (47); 1995. p.28-35.

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Comissão Permanente de Assessoramento em imunizações. Centro de vigilância Epidemiológica. **Norma do Programa de Imunização**. 1 ed. São Paulo; 1998.

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Comissão Permanente de Assessoramento em imunizações. Centro de vigilância Epidemiológica. **Norma do Programa de Imunização**. 2 ed. São Paulo; 2000.

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **Agenda Estadual de Saúde de São Paulo – 2001**: Governo do Estado de São Paulo; 2001.

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. **Mortalidade infantil- Inf CIS 2002**; (3). [online]. 2002. Disponível em <URL: <http://www.saude.sp.gov.br/~saude/sp> [2002 mar 21].

- Simões CC. **Estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios.** Brasília (DF): Secretaria Executiva da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde; 1999. p.11- 12.
- Souza MD. **Assistência de enfermagem em infectologia.** São Paulo: Atheneu; 2000. p.57-74.
- Tanil PL, Lima DD. **Aspectos éticos da mortalidade infantil.** [on line]. 2002. Disponível em <URL: <http://www.udf.br/~udf>> [2002 mai 17].
- Tarride MI. **Saúde Pública: uma complexidade anunciada.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
- Tejada RD, Spinola AP. **Relatório da reunião multi – institucional: teoria e prática de saúde pública.** São Paulo. Ed. Edusp.1993.
- Telarolli RJ. **Mortalidade infantil, uma questão de Saúde Pública.** 1 ed. São Paulo: Editora Moderna; 1997.(Coleção Polêmica).
- Trad BAI., Bastos CSA. **O impacto sócio – cultural do Programa de Saúde da Família – PSF: uma proposta de avaliação.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2000. p.1-9.
- Turci MA, Aranha CBF. **Prêmio experiências municipais exitosas – Ibiá – Minas Gerais:** COSEMES. Brasília (DF); 2000.

Vasconcelos ME. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Ed.Hucitec; 1999. p.161 – 170.

[WHO] World Health Organization. International travel and health. **Vaccination requirements and health advice.** Geneva; 2001. p.45-48.

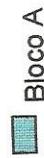
ANEXOS

Anexo 1

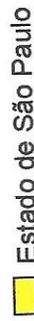
**Caracterização do Bloco A e Estado de São Paulo, segundo:
população, regional de saúde pertencente (DIR), percentual de cobertura - PSF, IDH e IPRS.**

Municípios	População	DIR Pertencente	% Cobertura PSF	IDH	IPRS
Bananal	8716	XXIV – Taubaté	79,16%	médio (0,75)	4PP
Caiuá	3121	XVI – Presidente Prudente	universal	médio (0,78)	3PP
Lupércio	3791	XIV – Marília	91,01%	médio (0,74)	4PP
Narandiba	4178	XVI – Presidente Prudente	universal	médio (0,64)	4PP
Oscar Bressane	2388	XIV Marília	universal	médio (0,78)	3PP
Santópolis do Aguapeí	3643	XXIV – Araçatuba	universal	médio (0,71)	3PP
Silveiras	5503	XXIV – Taubaté	universal	médio (0,66)	5PP
Estado de São Paulo	35.816.740	24 DIRs	8,06% (12/00)	alto (0,86)	Alto desempenho

Legenda:



Bloco A



Estado de São Paulo

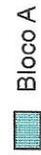
Fonte: IBGE 99, SES/SP 2001,
SIAB(base 03/01), SEADE (IDH 96 e IPRS 2000)

Anexo1
Tabela 2

Caracterização do Bloco A e Estado de São Paulo, segundo: área territorial (em km²) e distribuição da população (em percentuais).

Municípios	Área Territorial (km ²)	Distribuição da População (em percentuais)	
		Urbana	Rural
Bananal	615	73,99%	26,01%
Caiuá	505	42,20%	57,80%
Lupércio	150	49,86%	50,14%
Narandiba	436	60,97%	39,03%
Oscar Bressane	222	75,51%	24,59%
Santópolis do Aguapeí	181	94,00%	16,00%
Silveiras	412	45,57%	54,43%
Estado de São Paulo	248.809	93,40%	6,60%

Legenda:



Bloco A



Estado de São Paulo

Fonte: SEADE 2000

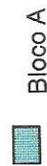
Anexo1
Tabela 3

**Caracterização do Bloco A e Estado de São Paulo, segundo: saneamento básico
(água tratada, coleta de esgoto e coleta de lixo) em percentuais.**

Municípios	Água Tratada (%)	Coleta de esgoto (%)	Coleta de lixo (%)
Bananal	92,68%	59,10%	81,49%
Caiuá	100%	(Zero) 0%	96,92%
Lupércio	100%	85,50%	96,07%
Narandiba	100%	42,98%	99,78%
Oscar Bressane	99,30%	94,20%	94,20%
Santópolis do Aguapeí	99,06%	19,46%	97,77%
Silveiras	95,06%	74,07%	93,83%
Estado de São Paulo	96,39%	93,89%	96,03%

Fonte: IBGE 1991

Legenda:



Bloco A



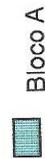
Estado de São Paulo

Anexo 1
Tabela 4

**Caracterização do Bloco A e Estado de São Paulo
segundo: evolução do IDH (1991 e 1996) e IPRS (1992 e 2000).**

Município	IDH		IPRS	
	1991	1996	1992	2000
Bananal	0,63 (médio IDH)	0,75 (médio IDH)	4PP	4PP
Caiuá	0,56 (médio IDH)	0,78 (médio IDH)	4PP	3PP
Lupércio	0,65 (médio IDH)	0,74 (médio IDH)	4PP	4PP
Narandiba	0,62 (médio IDH)	0,64 (médio IDH)	4PP	4PP
Oscar Bressane	0,66 (médio IDH)	0,78 (médio IDH)	3PP	3PP
Santópolis do Aguapeí	0,65 (médio IDH)	0,71 (médio IDH)	4PP	3PP
Silveiras	0,58 (médio IDH)	0,66 (médio IDH)	5PP médio -alto desempenho	5PP
Estado de São Paulo	0,78 (médio IDH)	0,86 (alto IDH)		alto desempenho

Legenda:



Bloco A



Estado de São Paulo

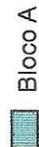
Fonte: SEADE(91,92,96,00).

Anexo1
Tabela 5

**Caracterização do Bloco A e Estado de São Paulo, segundo:
leitos hospitalares (SUS) e unidades básicas de saúde (SUS) nos anos de 1998, 1999 e 2000.**

Municípios	Leitos Hospitalares			Unidades Básicas de Saúde		
	98	99	2000	98	99	2000
Bananal	21	21	21	3	3	3
Caiuá	-	-	-	2	2	2
Lupércio	25	25	12	3	4	4
Narandiba	-	-	-	1	1	2
Oscar Bressane	-	-	-	1	2	3
Santópolis do Aguapeí	-	-	-	1	2	2
Silveiras	11	11	19	3	3	3
Estado de São Paulo	106.450	106.079	104.565	5209	5265	5671

Legenda:



Bloco A



Estado de São Paulo

Fonte : DATASUS 2001

Anexo1
Tabela 6
**Caracterização do Bloco B e Estado de São Paulo, segundo:
população, regional de saúde pertencente (DIR), percentual de cobertura - PSF, IDH e IPRS.**

Municípios	População	DIR Pertencente	% Cobertura PSF	IDH	IPRS
Caiabu	3541	XVI - Presidente Prudente	0%	médio (0,72)	3PP
Estrela do Norte	2791	XVI - Presidente Prudente	0%	médio (0,72)	3PP
Itapura	3870	VI - Araçatuba	0%	médio (0,73)	4PP
Lagoinha	5357	XXIV – Taubaté	0%	médio (0,61)	4PP
Mariápolis	3721	XIV Marília	0%	médio (0,75)	2PP
Roseira	8223	XXIV – Taubaté	0%	médio (0,71)	3PP
Sagres	2334	XIV Marília	0%	médio (0,68)	2PP
Estado de São Paulo	35.816.740	24 DIRs	8,06% (12/00)	alto (0,86)	alto desempenho

Fonte: IBGE 1999, SES/SP 2001,
SIAB(base 03/01), SEADE (IDH 96 e IPRS 2000)

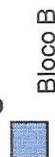
Legenda:

 Bloco B

 Estado de São Paulo

**Caracterização do Bloco B e Estado de São Paulo, segundo:
área territorial (em km²) e distribuição da população (em percentuais).**

Municípios	Área territorial (em km ²)	Distribuição da População (em %)	
		Urbana	Rural
Caiabu	251	76,40%	23,60%
Estrela do Norte	237	68,04%	31,96%
Itapura	311	86,82%	13,18%
Lagoinha	257	58,04%	41,96%
Mariópolis	190	72,73%	27,27%
Roseira	121	93,42%	6,58%
Sagres	127	64,70%	35,30%
Estado de São Paulo	248.809	93,40%	6,60%

Legenda:

Bloco B



Estado de São Paulo

Fonte: SEADE 2000

Anexo1
Tabela 8

Caracterização do Bloco B e Estado de São Paulo, segundo: saneamento básico (água tratada, coleta de esgoto e coleta de lixo) em percentuais.

Municípios	Água tratada (%)	Coleta de esgoto (%)	Coleta de lixo %
Caiabu	96,29%	46,77%	83,06%
Estrela do Norte	97,77%	68,98%	96,03%
Itapura	99,37%	0%	70,47%
Lagoinha	95,89%	90,54%	93,93%
Mariápolis	97,35%	25,37%	77,43%
Roseira	95,08%	93,89%	94,23%
Sagres	99,09%	51,98%	99,09%
Estado de São Paulo	96,39%	93,89%	96,03%

Legenda:

 Bloco B

 Estado de São Paulo

Fonte: IBGE 1991

Anexo 1
Tabela 9

Caracterização do Bloco B e Estado de São Paulo, segundo: evolução do IDH (1991 e 1996) e IPRS (1992 e 2000)

Municípios	IDH		IPRS	
	1991	1996	1992	2000
Caiabu	0,55 (médio IDH)	0,72 (médio IDH)	4PP	3PP
Estrela do Norte	0,58 (médio IDH)	0,72 (médio IDH)	4PP	3PP
Itapura	0,61 (médio IDH)	0,73 (médio IDH)	4PP	4PP
Lagoinha	0,58 (médio IDH)	0,61 (médio IDH)	4PP	4PP
Mariópolis	0,71 (médio IDH)	0,75 (médio IDH)	4PP	2PP
Roseira	0,68 (médio IDH)	0,71 (médio IDH)	5PP	3PP
Sagres	0,57 (médio IDH)	0,68 (médio IDH)	4PP	2PP
Estado de São Paulo	0,78 (médio IDH)	0,86 (alto IDH)	Médio-alto desempenho	alto desempenho

Legenda:

 Bloco B

 Estado de São Paulo

Fonte: SEADE (91,92,96, e 00)

Anexo1
Tabela 10

Caracterização do Bloco A e Estado de São Paulo, segundo: leitos hospitalares (SUS) e unidades básicas de saúde (SUS) nos anos de 1998, 1999 e 2000.

Municípios	Leitos Hospitalares			Unidades Básicas de Saúde		
	98	99	2000	98	99	2000
Caiabu	-	-	-	2	2	2
Estrela do Norte	-	-	-	2	2	2
Itapura	-	-	-	1	1	1
Lagoinha	-	-	-	2	2	2
Mariópolis	-	-	-	2	2	3
Roseira	15	15	15	1	1	1
Sagres	-	-	-	1	1	1
Estado de São Paulo	106.450	106.079	104.565	5.209	5.265	5.671

Legenda:



Bloco B



Estado de São Paulo

Fonte: DATASUS 2001

Comparação dos Blocos A, B e Estado de São Paulo, segundo: população, DIR pertencente, % cobertura PSF, IDH 96 e IPRS 2000.

Bloco A										Bloco B				
Municípios	DIR pertencente	População	% cobertura PSF	IDH	IPRS	Municípios	DIR pertencente	População	% cobertura PSF	IDH	IPRS			
Bananal	Taubaté	8716	79,16%	Médio	4PP	Roseira	Taubaté	8223	0% (inexistente)	médio	3PP			
Caiuá	Presidente Prudente	3121	100% (universal)	Médio	3PP	Estrela do Norte	Presidente Prudente	2791	0% (inexistente)	médio	3PP			
Lupércio	Marília	3791	91,01%	Médio	4PP	Mariópolis	Marília	3721	0% (inexistente)	médio	2PP			
Narandiba	Presidente Prudente	4178	100% (universal)	Médio	4PP	Caiabú	Presidente Prudente	3541	0% (inexistente)	médio	3PP			
Oscar	Marília	2388	100% (universal)	Médio	3PP	Sagres	Marília	2334	0% (inexistente)	médio	2PP			
Bressane do														
Aguapeí	Araçatuba	3643	100% (universal)	Médio	3PP	Itapura	Araçatuba	3870	0% (inexistente)	médio	4PP			
Silveiras	Taubaté	5503	100% (universal)	Médio	5PP	Lagoinha	Taubaté	5357	0% (inexistente)	médio	4PP			
Estado de São Paulo	24 DIRs	35.816.740	8,06% (12/00)	alto	desempenho	Estado de São Paulo	24 DIRs	35.816.740	8,06% (12/00)	alto	desempenho			
Médias	2 DIR Taubaté 2 DIR Presidente Prudente 2 DIR Marília 1 DIR Araçatuba	total: 31.340 habitantes média por municípios: 4470 habitantes	95,60%	Médio	3,7PP	Médias	2 DIR Taubaté 2 DIR Presidente Prudente 2 DIR Marília 1 DIR Araçatuba	total: 29.832 habitantes média por municípios: 4260	0% Inexistente	Médio	3,0 PP			

Legenda:
■ Bloco A
■ Bloco B
■ Estado de São Paulo

Fonte: IBGE 99, SES/SP 2001 SIAB(base 03/01) IDH 96 (SEADE) e IPRS 2000(SEADE)

Distribuição dos municípios integrantes do Bloco A ou verde e Bloco B ou Azul no Estado de São Paulo / Regionais de Saúde.



Caracterização dos Blocos A, B e Estado de São Paulo, segundo: saneamento básico(água tratada, coleta de esgoto e coleta de lixo), em percentuais.

Blocos / Estado de São Paulo	Água Tratada (%)	Coleta de Esgoto (%)	Coleta de Lixo (%)
Bloco A	98,01%	53,61%	94,29%
Bloco B	97,26%	53,93%	87,74%
Estado de São Paulo	96,39%	96,03%	93,89%

Legenda:

-  Bloco A
-  Bloco B
-  Estado de São Paulo

Fonte: IBGE 1991

Anexo 1
Tabela 13

Série histórica dos nascidos vivos dos municípios integrantes dos Blocos A, B e Estado de São Paulo – período 1990 a 2000 e triênios 1995-1997 e 1998-2000.

Municípios	Número total de nascidos vivos/ano												Triênio 95-97	Triênio 98-2000	Total nascidos vivos - período 1995 a 2000
	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000				
Bananal	240	242	237	156	153	163	158	150	180	176	176	471	532	1003	
Caiuá	39	48	39	45	40	44	59	44	61	52	66	147	179	326	
Lupercio	80	75	104	70	77	109	114	94	81	83	78	317	242	559	
Narandiba	61	76	58	75	90	57	73	79	67	81	47	209	195	404	
Oscar Bressane	55	47	44	33	29	35	33	30	23	31	25	98	79	177	
Santópolis do Aguapeí	82	71	78	65	73	59	74	67	70	65	55	200	190	390	
Silveiras	119	100	88	92	102	97	119	92	103	95	98	308	296	604	
Roseira	123	145	151	142	143	155	157	160	156	160	142	472	458	930	
Estrela do Norte	73	62	66	58	60	70	53	46	72	44	45	169	161	330	
Mariápolis	84	82	76	59	60	61	50	48	56	56	40	159	152	311	
Caiabu	78	81	76	65	78	67	61	64	63	55	56	192	174	366	
Sagres	31	46	41	36	45	45	42	48	48	37	30	135	115	250	
Itapura	70	74	72	70	69	76	51	68	53	59	63	195	175	370	
Lagoinha	105	104	104	103	125	97	97	105	84	88	71	299	243	542	
Estado de São Paulo	648	648	642	673	684	680	689	700	734	729	697	2.070.576	2.162.025	4.232.601	
	482	934	591	227	801	576	688	312	571	948	506				

Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: SINASC 2001 (base 12/01)

Série histórica dos óbitos em menores de 1 ano dos municípios integrantes dos Blocos A, B e Estado de São Paulo - período 1990 a 2000 e triênios 95-97 e 98-00

Municípios	Número total de óbitos em menores de 1 ano										Triênio 95-97	Triênio 98-2000	Total de óbitos em < de 1 ano - período 1996 a 2000	
	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99				2000
Bananal	6	2	0	2	2	1	0	0	1	1	0	1	2	3
Caiuá	0	1	1	2	0	0	1	1	1	0	2	2	3	5
Lupercio	5	3	3	2	5	3	2	2	0	1	3	7	4	11
Narandiba	5	1	0	1	2	1	2	7	0	0	0	10	0	10
Oscar Bressane	1	1	1	1	2	2	0	0	1	0	0	2	1	3
Santópolis do Aguapeí	2	2	4	2	3	1	2	0	3	1	0	3	4	7
Silveiras	7	2	3	2	6	2	1	4	4	3	5	7	12	19
Roseira	4	4	2	4	1	4	3	2	2	5	1	9	8	17
Estrela do Norte	1	1	3	1	1	1	0	1	0	0	0	2	0	2
Mariópolis	0	0	1	2	2	0	0	1	3	0	3	1	6	7
Caiabu	2	2	1	0	1	2	1	0	0	1	1	3	2	5
Sagres	0	0	1	0	1	0	1	2	1	0	1	3	2	5
Itapura	1	3	1	1	0	1	1	0	0	2	0	2	2	4
Lagoinha	3	3	2	1	1	4	1	0	2	2	1	5	5	10
Estado de São Paulo	20384	17454	17209	17632	17296	16728	15683	15125	13718	12768	11869	47.536	38.355	85391

Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

Fonte: SIM 2001 (base 12/01)

Tabela 15

Série histórica dos óbitos neonatais precoces, neonatais tardios e neonatais dos municípios integrantes dos Blocos A, B e Estado de São Paulo, no período de 1990 a 2000.

Municípios	Número de óbitos neonatais precoces (NP), neonatais tardios (NT), neonatais totais (N)																																			
	90			91			92			93			94			95			96			97			98			99			2000					
	NP	NT	N	NP	NT	N	NP	NT	N	NP	NT	N	NP	NT	N	NP	NT	N	NP	NT	N	NP	NT	N	NP	NT	N	NP	NT	N	NP	NT	N			
Bananal	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caiuá	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1
Lupercio	3	0	3	1	1	2	2	1	3	0	0	0	1	1	1	2	2	0	2	0	2	2	0	2	2	0	2	0	0	0	1	0	1	2	0	2
Narandiba	4	1	5	1	0	1	0	0	0	1	2	0	1	2	0	2	0	2	2	0	2	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oscar																																				
Bressane	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Santópolis do																																				
Aguapeí	2	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2	0	2	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0
Silveiras	4	1	5	0	0	0	2	0	2	0	1	1	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	4	0	4	2	0	2	0	2	3
Roseira	2	1	3	3	0	3	1	0	1	2	2	4	1	0	1	3	0	3	3	0	3	0	1	1	0	1	0	1	0	1	4	1	5	1	0	1
Estrela do Norte	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Mariápolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	3	0	0	3
Caiabu	1	0	1	2	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sagres	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0
Itapura	0	0	0	2	0	2	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0
Lagoinha	1	0	1	2	0	2	1	1	2	0	0	0	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	2	1	0	1
Estado de São Paulo	10085	2349	12434	9318	1980	11298	9050	1897	10947	9188	2056	11244	8865	2080	10945	8812	2023	10835	8225	2127	10352	8086	2171	10257	7182	2078	9260	6780	2030	8810	6061	1943	8004			

Legenda:
 Bloco A
 Bloco B
 Estado de São Paulo

NP = neonatal precoce (0-6d)
 NT = neonatal tardio (7-27d)
 N = neonatal (0-27d)

Fonte: SIM 2001 (base 12/01)

Série histórica dos óbitos neonatais, pós neonatais e infantis dos municípios integrantes dos Blocos A,B e Estado de São Paulo, no período de 1990 a 2000.

Municípios	número de óbitos neonatais (N), pós neonatais (PN), infantis (I)																																			
	90			91			92			93			94			95			96			97			98			99			2000					
	N	PN	I	N	PN	I	N	PN	I	N	PN	I	N	PN	I	N	PN	I	N	PN	I	N	PN	I	N	PN	I	N	PN	I	N	PN	I			
Bananal	3	3	6	0	2	2	0	0	1	1	2	1	1	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0
Caiuá	0	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Lupercio	3	2	5	2	1	3	0	3	0	2	2	1	4	5	2	1	3	2	0	2	0	2	2	0	2	4	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0
Narandiba	5	0	5	1	0	1	0	0	1	0	1	2	0	2	0	1	1	2	0	2	4	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Oscar Bressane	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	2	0	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santópolis do Aguapeí	2	0	2	0	2	2	2	4	0	2	2	2	1	3	1	0	1	1	1	1	2	0	0	0	1	2	0	0	0	1	2	3	1	0	1	0
Silveiras	5	2	7	0	2	2	1	3	1	1	2	5	1	6	0	2	2	0	1	1	2	4	2	4	1	1	2	4	0	4	0	4	2	1	3	4
Roseira	3	1	4	3	1	4	1	2	4	0	4	1	0	1	3	1	4	3	0	3	0	3	1	1	2	1	1	1	2	5	0	5	1	0	1	0
Estrela do Norte	0	1	1	1	0	1	2	3	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	3
Mariápolis	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caiabu	1	1	2	2	0	2	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	2	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sagres	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	0	1	0	0	0	0	1
Itapura	0	1	1	2	1	3	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lagoinha	1	2	3	2	1	3	2	0	2	0	1	1	0	1	2	4	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	2	2	0	2	2	0	1
Estado de São Paulo	7950	20384	11298	6156	17454	10947	6262	17209	11244	6388	17632	10945	6351	17296	10835	16728	10352	5331	15683	10257	4868	15125	9260	4458	13718	8810	3958	12768	8004	3865	11869					

Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

N = neonatal (0-27d)
 PN = pós neonatal (30d - 11m 29d)
 I = infantil total (0-1ano)

Fonte : SIM 2001 (base 12/01)

Anexo 1
Tabela 17

Série histórica dos óbitos neonatais precoces, neonatais tardios e neonatais totais dos municípios integrantes dos Blocos A, B e Estado de São Paulo, no período de 1990 a 2000.

Blocos/ Estado de São Paulo	Número de óbitos neonatais precoces, neonatais tardios e neonatais totais																				Triênio 95-97			Triênio 98-00														
	90		91		92		93		94		95		96		97		98		99		2000		95-97			98-00												
	N	P	T	N	P	T	N	P	T	N	P	T	N	P	T	N	P	T	N	P	T	N	P	T	N	P	T	N	P	T								
Bloco A	1	6	3	9	3	1	4	6	1	7	2	4	5	1	6	3	6	9	7	0	7	4	1	5	6	2	8	0	9	9	1	1	1	2				
Bloco B	4	1	5	0	0	1	0	5	1	6	3	3	6	5	2	7	5	1	6	3	1	4	6	0	6	7	2	9	6	0	6	3	4	7	9	2	1	
Estado de São Paulo	10085	2349	12434	9318	11298	9050	1897	10947	9188	2056	11244	8865	2080	10945	8812	2023	10835	8225	2127	10352	8086	2171	10257	7182	2078	9260	6780	2030	8810	6061	1943	8004	25123	6321	31444	20023	6051	26074

Legenda:

 Bloco A

 Bloco B

 Estado de São Paulo

NP = neonatal precoce (0-6d)

NT = neonatal tardio (7-27d)

N = neonatal (0-27d)

Fonte : SIM 2001 (base 12/01)

Série Histórica dos óbitos neonatais, pós neonatais e infantis dos Blocos A, B e Estado de São Paulo, no período de 1990 a 2000 e triênios 1995-1997 e 1998-2000

Blocos/ Estado de São Paulo	Número de óbitos neonatais totais (N), pós neonatais (PN), infantis (I)																														Triênio 98-2000														
	90			91			92			93			94			95			96			97			98			99			2000			Triênio 95-97											
	N	P	I	N	P	I	N	P	I	N	P	I	N	P	I	N	P	I	N	P	I	N	P	I	N	P	I	N	P	I	N	P	I	N	P	I	N	P	I						
Bloco A	1	2	6	4	8	2	1	1	1	2	3	7	0	4	6	1	1	1	2	8	9	5	4	1	7	3	0	5	1	6	8	2	0	1	1	1	1	1	1	3	2	2	0	6	6
Bloco B	5	6	1	1	0	3	6	5	1	9	6	3	9	3	9	6	1	7	5	2	6	4	2	6	6	2	8	9	1	0	6	1	7	7	8	5	1	4	5	2	2	2	0	6	6
Estado de São Paulo	12434	7950	20384	11298	17454	6156	10947	6262	17209	11244	6388	17632	10945	6351	17296	10835	5893	16728	15683	10257	4868	15125	9260	4458	13718	8810	3958	12768	8004	3865	11869	31444	16092	47536	26074	12281	38355	38355	38355						

Legenda:

- Bloco A
- Bloco B
- Estado de São Paulo

N = neonatal (0-27d)

PN = pós neonatal (27d - 11m 29d)

I = infantil (0-1ano)

Fonte: SIM 2001 base 12/01

Municípios pertencentes aos Blocos A e B segundo regionais de saúde pertencentes (DIRs) e data da entrada ou habilitação para o recebimento do incentivo do Programa de Combate de Carências Nutricionais (PCCN)

Municípios	DIRs Pertencentes	Data de entrada no PCCN
Bananal	XXIV - Taubaté	Julho de 1998
Caiuá	XVI - Presidente Prudente	Julho de 1998
Lupércio	XIV - Marília	Julho de 1998
Narandiba	XVI - Presidente Prudente	Julho de 1998
Oscar Bressane	XIV - Marília	Julho de 1998
Santópolis de Aguapeí	VI - Araçatuba	◆◆
Silveiras	XXIV - Taubaté	◆◆
Roseira	XXIV - Taubaté	Julho de 1998
Estrela do Norte	XVI - Presidente Prudente	Julho de 1998
Mariápolis	XIV - Marília	Julho de 1998
Caiabú	XVI - Presidente Prudente	Julho de 1998
Sagres	XIV - Marília	Julho de 1998
Itapura	VI - Araçatuba	◆◆
Lagoinha	XXIV - Taubaté	◆◆

Legenda:



Fonte: SES/SP 2002

Doses Vacinais de BCG, Pólio, Sarampo e DPT nos municípios integrantes dos Blocos A, B e Estado de São Paulo 1996 – Esquema vacinal básico 1996

Municípios	Estimativa 1996 População < 1 ano	BCG Doses	Pólio Doses	Sarampo Doses	DPT Doses
Bananal	169	182	143	174	166
Caiuá	67	62	74	69	80
Lupércio	85	116	89	89	86
Narandiba	60	72	76	60	74
Oscar Bressane	47	40	37	31	35
Santópolis de Aguapeí	77	77	204	69	214
Silveiras	97	138	139	179	186
Roseira	130	222	169	143	175
Estrela do Norte	53	59	50	60	54
Mariápolis	75	57	53	63	52
Caiabú	77	71	68	55	68
Sagres	47	38	29	35	30
Itapura	77	55	61	65	58
Lagoinha	94	111	86	101	86
Estado de São Paulo	665182	740219	674806	633921	627331

Legenda:

 **Bloco A**

 **Bloco B**

 **Estado de São Paulo**

Fonte: API/PNI subsistema
(base 12/01) e SEADE 2001

Doses Vacinais de BCG, Pólio, Sarampo e DPT nos municípios integrantes dos Blocos A, B e Estado de São Paulo 1997 – Esquema vacinal básico 1997

Municípios	Estimativa 1997 População < 1 ano	BCG Doses	Pólio Doses	Sarampo Doses	DPT Doses
Bananal	189	236	248	308	250
Caiuá	48	46	38	63	40
Lupércio	81	107	124	93	127
Narandiba	80	91	76	78	76
Oscar Bressane	33	37	42	44	43
Santópolis de Aguapeí	69	63	78	127	85
Silveiras	116	87	112	139	109
Roseira	148	178	185	186	174
Estrela do Norte	55	54	47	70	52
Mariápolis	65	49	74	56	73
Caiabú	53	62	77	64	78
Sagres	44	53	47	49	51
Itapura	71	83	52	66	76
Lagoinha	104	81	91	107	86
Estado de São Paulo	661636	796328	637716	810898	591399

Legenda:



Bloco A

Bloco B

Estado de São Paulo

Fonte: API/PNI subsistema
(base 12/01) e SEADE 2001

Doses Vacinais de BCG, Pólio, Sarampo e DPT nos municípios integrantes dos Blocos A, B e Estado de São Paulo 1998 – Esquema vacinal básico 1998

Municípios	Estimativa 1998 População < 1 ano	BCG Doses	Pólio Doses	Sarampo Doses	DPT Doses
Bananal	177	166	172	184	198
Caiuá	50	56	62	60	63
Lupércio	87	96	86	106	94
Narandiba	74	58	69	67	69
Oscar Bressane	35	25	26	33	26
Santópolis de Aguapeí	67	69	79	73	79
Silveiras	115	133	184	163	184
Roseira	159	186	178	169	192
Estrela do Norte	55	58	43	55	43
Mariápolis	59	52	41	46	44
Caiabú	63	56	65	98	66
Sagres	42	29	36	41	36
Itapura	69	57	62	60	62
Lagoinha	107	93	84	98	84
Estado de São Paulo	701796	792327	690516	750956	721191

Legenda:



Bloco A

Bloco B

Estado de São Paulo

Fonte: API/PNI subsistema
(base 12/01) e SEADE 2001

Doses Vacinais de BCG, Pólio, Sarampo e DPT nos municípios integrantes dos Blocos A, B e Estado de São Paulo 1999 – Esquema vacinal básico 1999

Municípios	Estimativa 1999 População < 1 ano	BCG		Pólio		Sarampo		DPT	
		Doses	Doses	Doses	Doses	Doses	Doses	Doses	Doses
Bananal	176	187	260	176	198				
Caiuá	52	63	53	58	51				
Lupércio	96	79	84	76	87				
Narandiba	76	78	79	75	79				
Oscar Bressane	38	33	34	26	38				
Santópolis de Aguapeí	68	77	60	53	61				
Silveiras	117	114	129	143	129				
Roseira	168	192	170	192	176				
Estrela do Norte	59	47	55	58	56				
Mariápolis	60	58	49	49	49				
Caiabú	66	67	75	80	75				
Sagres	45	38	36	34	35				
Itapura	69	74	71	62	71				
Lagoinha	107	101	89	80	89				
Estado de São Paulo	735950	801752	698525	717688	687526				

Legenda:



Bloco A

Bloco B

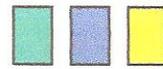
Estado de São Paulo

Fonte: API/PNI subsistema
(base 12/01) e SEADE 2001

Doses Vacinais de BCG, Pólio, Sarampo e DPT nos municípios integrantes dos Blocos A, B e Estado de São Paulo 2000 – Esquema vacinal básico 2000

Municípios	Estimativa 2000 População < 1 ano	BCG Doses	Pólio Doses	Sarampo Doses	DPT Doses
Bananal	168	192	198	188	198
Caiuá	52	52	60	56	60
Lupércio	98	83	85	76	85
Narandiba	74	52	73	75	69
Oscar Bressane	38	30	30	35	31
Santópolis de Aguapeí	67	64	72	75	70
Silveiras	114	128	156	143	156
Roseira	167	168	177	206	180
Estrela do Norte	57	52	48	50	48
Mariápolis	56	34	43	50	43
Caiabú	60	54	63	74	63
Sagres	43	28	39	33	39
Itapura	66	78	99	82	80
Lagoinha	104	76	102	105	93
Estado de São Paulo	731636	759875	702565	741685	688871

Legenda:



Bloco A

Bloco B

Estado de São Paulo

Fonte: API/PNI subsistema
(base 12/01) e SEADE 2001

Internações por local de residência, em menores de 5 anos por diarreias (CID10 - A00 a A09) nos municípios pertencentes aos Blocos A,B e Estado de São Paulo no período de 1998 a 2000.

Municípios	População menor de 5 anos		Número de hospitalizações por diarreias (CID10 - A00 a A09)			
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Bananal	825	817	810	7	4	12
Caiuá	231	226	222	4	7	8
Lupércio	380	374	369	4	1	5
Narandiba	417	431	443	2	1	2
Oscar Bressane	162	159	157	0	7	0
Santópolis de Aguapeí	338	333	327	2	1	4
Silveiras	535	543	551	3	8	3
Roseira	759	783	810	1	0	0
Estrela do Norte	272	272	272	0	2	0
Mariápolis	308	302	298	6	8	5
Caiabú	251	248	244	0	1	1
Sagres	206	202	200	5	12	14
Itapura	366	369	371	7	7	1
Lagoinha	496	504	512	0	1	0
Estado de São Paulo	3059680	3109109	3158686	19503	20761	19186

Legenda:

-  Bloco A
-  Bloco B
-  Estado de São Paulo

28

Internações por local de residência, em menores de 5 anos por Pneumonias/IVAS (CID10 – J00 aJ06, J10 a J18, J20 a J22 e J60 a J98) nos municípios pertencentes aos Blocos A, B e Estado de São Paulo, no período de 1998 a 2000.

Municípios	População menor de 5 anos		Número de hospitalizações Pneumonias/IVAS (CID10 –J00 aJ06, J10 a J18, J20 a J22 e J60 a J98)	
	1998	1999	1998	1999
Bananal	825	817	19	17
Caiuá	231	226	5	4
Lupércio	380	374	11	1
Narandiba	417	431	38	21
Oscar Bressane	162	159	2	3
Santópolis de Aguapeí	338	333	20	22
Silveiras	537	543	17	15
Roseira	759	783	21	40
Estrela do Norte	272	272	4	7
Mariápolis	308	302	6	14
Caiabú	251	248	25	12
Sagres	206	202	13	7
Itapura	366	369	10	9
Lagoinha	496	504	13	8
Estado de São Paulo	3059680	3109109	80800	81959
				78244

Fonte: IBGE 98 e SIH/SUS
2001 (Base 12/01)

Legenda:



Bloco A

Bloco B

Estado de São Paulo

Internações por local de residência, em menores de 5 anos por todas as causas (CID10 – todos os capítulos) nos municípios pertencentes aos Blocos A,B e Estado de São Paulo no período de 1998 a 2000.

Municípios	População menor de 5 anos			Número de hospitalizações por todas as causas (todos os capítulos CID 10)		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
Bananal	825	817	810	47	47	72
Caiuá	231	226	222	20	17	28
Lupércio	380	374	369	36	15	39
Narandiba	417	431	443	80	54	33
Oscar Bressane	162	159	157	7	17	8
Santópolis de Aguapei	338	333	327	53	37	47
Silveiras	537	543	551	45	46	50
Roseira	759	783	810	51	68	45
Estrela do Norte	272	272	272	26	25	35
Mariápolis	308	302	298	24	46	21
Caiabú	251	248	244	40	40	39
Sagres	206	202	200	32	30	57
Itapura	366	369	371	44	42	11
Lagoinha	496	504	512	21	24	20
Estado de São Paulo	3059680	3109109	3158686	252025	261295	246079

Legenda:

- Bloco A**
- Bloco B**
- Estado de São Paulo**

Fonte: IBGE 98 e SIH/SUS 2001
(base 12/01)

Anexo 2



gracia
ou
Rose

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil

Telefones: (55-11) 3066-7779 - fone/fax (55-11) 3064-7314 - e-mail: mdgracas@usp.br

São Paulo, 03/12/0 de 200 .

Ao
Prof. Assoc. Paulo Antonio de Carvalho Fortes
D.D. Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
da Faculdade de Saúde Pública/USP

Prezado Senhor,

Encaminho, em anexo, 02 (duas) cópias do projeto de pesquisa, intitulado:
"PSF - Programa de saúde da família - comparando
a mortalidade infantil, cobertura vacinal",
juntamente com as folhas de rosto, devidamente preenchidas, para apreciação deste
Comitê.

Atenciosamente,

Mariângela Juanaes Bertolo de Cruz
Pesquisador (nome legível)

Secretária do COEP
Data:

gracia
03/12/01

Ilmo Sr.
Profº Dr. José Alfredo Gomes Áreas
Presidente da Comissão de Pós Graduação
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Ilmo.Sr,

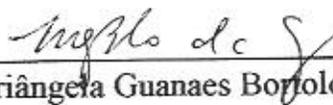
Venho por meio deste encaminhar as cinco vias
requisitadas por esta Comissão para providências cabíveis, do Projeto de Pesquisa
de mestrado, de entitulado: "PSF – Programa de Saúde da Família - Comparando
Mortalidade Infantil, Cobertura Vacinal e Hospitalizações entre municípios com e
sem o Programa no Estado de São Paulo."

Atenciosamente,

São Paulo, 03 de dezembro de 2001.



Ciente/ de acordo
Profº Dr. João Yunes -Orientador



Mariângela Guanaes Borjolo da Cruz
Nº USP
3344948

Aluna de Mestrado do Departamento de Saúde
Materno Infantil FSP/USP

019527
DEZ 03 01 9 28

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa: *PSF - Programa de Saúde da Família - Comparando mortalidade infantil, cobertura vacinal e hospitalizações, entre municípios com e sem o programa no Estado de São Paulo.*

2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)	3. Código:	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 2 a 4)
5. Área(s) Temática(s) Especial (s)	6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3)		

SUJEITOS DA PESQUISA

9. Número de sujeitos No Centro: Total:	10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrão/Feto () Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica ()	Relação de
---	---	------------

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

11. Nome: <i>MARIÂNGELA GUANDES BORTOLO DA CRUZ</i>			
12. Identidade: <i>7923908-0</i>	13. CPF.: <i>08744309848</i>	19. Endereço (Rua, nº): <i>R. Roquete Pinto 313</i>	
14. Nacionalidade: <i>BRASILEIRA</i>	15. Profissão: <i>C-DENTISTA</i>	20. CEP: <i>05515010</i>	21. Cidade: <i>SÃO PAULO</i>
16. Maior Titulação:	17. Cargo:	23. Fone:	22. U.F.: <i>SP</i>
18. Instituição a que pertence:			24. Fax:
			25. E.mail:

Termo de Compromisso:
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.
Data: / /
Maria de S
Assinatura

INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO

26. Nome: <i>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SP.</i>	29. Endereço (Rua, nº): <i>AV. DR. ENRIQUE DE CARVALHO AGUIAR 188</i>		
27. Unidade/Orgão: <i>COORD. PLANEJAMENTO À SAÚDE / SECEST SAÚDE</i>	30. CEP:	31. Cidade: <i>SÃO PAULO</i>	32. U.F.: <i>SP</i>
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (<input checked="" type="checkbox"/>)	33. Fone: <i>(011) 30668739/8736</i>	34. Fax: <i>(011) 30640658</i>	

35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não () Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)

Termo de Compromisso (do responsável pela instituição):
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução
Nome: *MARIA JOSÉ RIBEIRO LINGUANOTTO* Cargo: *COORDENADORA DE PLANEJAMENTO À SAÚDE*
Data: / /
MARIA JOSÉ RIBEIRO LINGUANOTTO
Coordenadora de Saúde
Assinatura

PATROCINADOR

36. Nome:	39. Endereço		
37. Responsável:	40. CEP:	41. Cidade:	42. UF:
38. Cargo/Função:	43. Fone:	44. Fax:	

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

45. Data de Entrada: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado () Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	48. Não Aprovado () Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
--	----------------------	--	---

49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para
Data: / / Data: / /

Encaminho a CONEP:
50. Os dados acima para registro ()
51. O projeto para apreciação ()
52. Data: / /
53. Coordenador: _____
Assinatura

Anexar o parecer consubstanciado

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

54. Nº Expediente	55. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:
58. Observações:		



Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil

Telefones: (55-11) 3066- 7779 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/245/01

05 de dezembro de 2001

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou** o protocolo de pesquisa n.º 618, intitulado: “PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – COMPARANDO A MORTALIDADE INFANTIL, COBERTURA VACINAL E HOSPITALIZAÇÕES, ENTRE OS MUNICÍPIOS COM E SEM O PROGRAMA NO ESTADO DE SÃO PAULO”, apresentado pela pesquisadora Mariângela Guanaes Bortolo da Cruz, e por não se tratar em pesquisa envolvendo seres humanos, não há necessidade de parecer deste Comitê.

Atenciosamente,

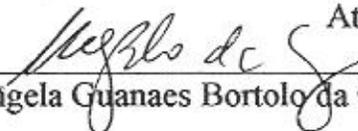
Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

Ilmo. Sr Prof. Dr.
Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP – COEP

Ilmo Sr

Ao Cumprimentá-lo, vimos por meio deste solicitar parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP – COEP, sobre a inclusão de entrevistas (questionários) e fotografias (localidades municipais, prefeitos, munícipes, unidades de saúde e profissionais), sugeridas pala banca de Arguição e defesa do projeto de pesquisa da aluna de mestrado, Mariângela Guanaes Bortolo da Cruz, sob orientação do Prof.Dr. João Yunes, realizada em 25/02/2002, nesta faculdade.

Anexamos modelos das entrevistas (municípios selecionados de Roseira e Bananal), termos de autorizações pessoais e autorização do protocolo de pesquisa número 618, intitulado “PSF – Programa de Saúde da Família – Comparando a Mortalidade Infantil, Cobertura Vacinal e Hospitalizações entre municípios com e sem o Programa no Estado de São Paulo.”

Atenciosamente


Mariângela Guanaes Bortolo da Cruz (Aluna)

São Paulo, 01 de Março de 2002.



Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – CEP 01246-904 – São Paulo – Brasil
Telefones: (55-11) 3066- 7779 – fone/fax (55-11) 3064 -7314 – e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/94/02

04 de março de 2002

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, mediante a análise ética efetuada pela Comissão Julgadora do projeto de pesquisa de mestrado n.º 618, intitulado “PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – COMPARANDO A MORTALIDADE INFANTIL, COBERTURA VACINAL E HOSPITALIZAÇÕES, ENTRE OS MUNICÍPIOS COM E SEM O PROGRAMA NO ESTADO DE SÃO PAULO”, apresentado pela pesquisadora Mariângela Guanaes Bortolo da Cruz, acatou e considerou que as sugestões efetuadas pela Comissão Julgadora atendeu às normas e diretrizes da Resolução 196/96.

Atenciosamente,


Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____
RG Número _____
Prefeito Municipal de _____
Município de _____

Autorizo Mariângela Guanaes Bortolo da Cruz, RG . 7923908-0, a incluir e divulgar na íntegra entrevista e fotografias em sua dissertação de mestrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, intitulada: "PSF – Programa de Saúde da Família – Comparando a Mortalidade Infantil, Cobertura Vacinal e Hospitalizações entre municípios com e sem o Programa no Estado de São Paulo." Não tendo nenhuma objeção .

Data: _____
Nome _____
Profissão _____
Cargo : _____
Assinatura : _____

◆ 4. Quais as prioridades de sua administração com relação a saúde?

◆ 5. Qual sua opinião sobre os serviços de saúde prestados em seu município?

◆ 6. Qual sua opinião sobre o Programa de Saúde da Família?

De acordo (entrevistado): _____

Data da entrevista: _____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do entrevistador: _____



