

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CLAUDILENE RODRIGUES TAVARES MARLIÈRE

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA (ESF) DE LAGOA SANTA
NO PERÍODO DE 2000 A 2012**

**POLO LAGOA SANTA/MG
2013**

CLAUDILENE RODRIGUES TAVARES MARLIÈRE

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA (ESF) DE LAGOA SANTA
NO PERÍODO DE 2000 A 2012**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Tutor: Prof.^a Roberta de Freitas Mendes

**POLO LAGOA SANTA/MG
2013**

CLAUDILENE RODRIGUES TAVARES MARLIÈRE

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA (ESF) DE LAGOA SANTA
NO PERÍODO DE 2000 A 2012**

Banca examinadora

Prof.^a Roberta de Freitas Mendes (Orientadora)

Prof.^a Angela Cristina Labanca de Araújo (UNIFENAS)

Aprovada em Belo Horizonte, em ___/___/2014

“Os conhecimentos nos dão meios para viver. A sabedoria nos dá razões para viver. As palavras só têm sentido se nos ajudam a ver o mundo melhor. Aprendemos palavras para melhorar os olhos.”

Rubem Alves

RESUMO

Desde a implantação de equipes do Programa Saúde da Família, no Brasil e em Lagoa Santa, a assistência à Saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS tem a atenção voltada para a família. Essas equipes desenvolvem o cuidado em unidades de saúde e no domicílio. Entretanto, é importante que os gestores municipais avaliem se esta estratégia é a indicada para a realidade e necessidades dos usuários do seu município. Esse trabalho foi desenvolvido com foco nesta necessidade de avaliação seguindo o caminho metodológico de estudo teórico exploratório de pesquisa bibliográfica em artigos científicos pelos descritores: Políticas Públicas, Saúde Básica, Saúde da Família e, de estudo retrospectivo de natureza quantitativa de indicadores de saúde do PSF disponíveis no site do DATASUS/MS e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa. O principal objetivo deste trabalho é realizar uma avaliação de desempenho do programa em Lagoa Santa, através de indicadores de saúde e servir de instrumento técnico nas decisões sobre os rumos da gestão de saúde no município. A pesquisa mostra o quanto a saúde avançou no município com um maior acompanhamento de gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos; entretanto, é preciso ainda melhorar o cuidado em relação à Tuberculose, sendo imprescindível, ainda, a manutenção da cobertura de 100% da população através do aumento periódico no número de equipes implantadas.

PALAVRAS CHAVES: Políticas Públicas, Saúde Básica, Saúde da Família

ABSTRACT

Since deploying teams of the Family Health Program (PSF) in Brazil and Lagoa Santa, the health care of the users of the Unified Health System - SUS dedicates their attention to the family. These teams develop care in health facilities and at home. However, it is important that city managers assess whether this strategy is suitable for the reality and needs of users from their cities. This work was focused on this need for assessment following the methodological exploratory theoretical study of literature in scientific articles by keywords: Public Policy, Basic Health, Family Health, and retrospective nature of quantitative indicators of the health of the PSF available on the Datasus/MS website and the Municipal Health Secretariat of Lagoa Santa Primary Care Information System (SIAB). The main objective of this work is to conduct a performance evaluation of the program in Lagoa Santa, through health indicators and serve as a technical tool in decisions about the future of health management in the municipality. Research shows how advanced health in the municipality with greater monitoring of pregnant women, children, diabetics and hypertensives, however, it takes even better care related to tuberculosis, and is also essential to maintain the 100% coverage of the population through the periodic increase in the number of deployed teams.

KEYWORDS: Public Policy, Basic Health, Family Health

LISTA DE SIGLAS

AVC – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

COSEMS – COLEGIADO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

DATASUS/MS – BANCO DE DADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

ICC – INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

SIAB – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

SINASC – SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS

SIS – SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TMI – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL

TMI-DIARRÉIA – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR DIARRÉIA

UNICEF - UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA

URSS – UNIÃO DAS REPÚBLICAS SOCIALISTAS SOVIÉTICAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cobertura Populacional pela Estratégia Saúde da Família em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Tabela 2 – Taxas de Mortalidade Infantil por Diarreia em 1000 nascidos vivos, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Tabela 3 – Cobertura de consultas de pré-natal, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Tabela 4 – Aleitamento Materno Exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Tabela 5 – Crianças com o esquema vacinal básico em dia, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Tabela 6 – Desnutrição em crianças menores de 2 anos, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Tabela 7 – Média Mensal de Visitas familiares realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Tabela 8 – Taxa de Internação por Acidente Cerebral Vascular, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Tabela 9 – Taxa de Internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Tabela 10 – Taxa de Incidência de Tuberculose Pulmonar, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual da população, segundo sexo, em Lagoa Santa, 2010.

Gráfico 2 - Cobertura Populacional pela Estratégia Saúde da Família em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Gráfico 3 - Taxa de Mortalidade Infantil por Diarréia em 1000 nascidos vivos, em Lagoa Santa nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Gráfico 4 - Percentual de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Gráfico 5 - Percentual de Crianças menores de 2 anos com esquema vacinal em dia, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Gráfico 6 - Percentual de crianças menores de 2 anos com desnutrição, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Gráfico 7 - Comparativo da Média Mensal de Visitas realizadas pela Estratégia Saúde da Família, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Gráfico 8 - Comparativo entre Taxas de Internação por Acidente Vascular Cerebral, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Gráfico 9 - Comparativo entre Taxas de Internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

Gráfico 10 - Comparativo de Taxas de Incidência de Tuberculose Pulmonar, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2 PROBLEMATIZAÇÃO..... | 11 |
| 3 JUSTIFICATIVA..... | 13 |
| 4 OBJETIVOS..... | 15 |
| 5 METODOLOGIA..... | 16 |
| 6 REVISÃO DA LITERATURA | 18 |
| 7 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO | 27 |
| 8 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 30 |
| 9 CONCLUSÃO | 45 |
| 10 REFERÊNCIAS..... | 47 |

1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família é uma estratégia considerada satisfatória pelo Ministério da Saúde para organizar o atendimento primário ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de melhorar as condições de saúde da população, atuando na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no atendimento a agravos considerados prioritários (AGUIAR, 1998).

Entretanto, é de extrema importância que os gestores de saúde avaliem se esta é a estratégia indicada para a realidade e necessidades dos usuários do sistema de saúde municipal para o qual foram escolhidos como representantes e são responsáveis por sua viabilidade (BRASIL, 2003a).

Em Lagoa Santa, a Estratégia Saúde da Família é utilizada desde 1998, e após a entrada da nova gestão, em 2013, surgiram dúvidas acerca da efetividade da mesma como resposta aos problemas de saúde da comunidade, existindo a demanda pela realização de uma análise desta estratégia.

Como pontos de análise para essa viabilidade, temos que buscar respostas para os seguintes questionamentos: Será que essa estratégia é a ideal para o município de Lagoa Santa? Ocorreu alguma mudança em relação ao perfil de saúde/doença da população assistida desde a sua implantação? Se houve alguma mudança, aconteceu uma melhoria de saúde para a população assistida? Os agravos prioritários definidos no início do programa ainda continuam sendo prioritários, ou existe necessidade de mudança de direcionamento das ações atualmente desenvolvidas?

Esse estudo tem como objetivo realizar uma avaliação do desempenho da Estratégia Saúde da Família do município de Lagoa Santa, por meio da análise de indicadores de saúde para servir de instrumento técnico nas decisões sobre os rumos da gestão de saúde no município.

2 PROBLEMATIZAÇÃO

Os órgãos oficiais e a mídia divulgam constantemente que o Brasil vem apresentando mudanças significativas em relação a melhorias do nível de saúde da população nas últimas décadas. Em seu trabalho, Polancky e Toscana (2008) afirmam que ocorreram transformações na saúde que “evoluíram com efeitos profundos nos indicadores epidemiológicos e econômicos” do país. Dentre essas melhorias, esses autores citam “incrementos na expectativa de vida, redução da mortalidade infantil, aumento de cobertura em programas de imunização e erradicação de doenças imunopreveníveis e incorporação de tecnologias de ponta e resolutivas”.

Essas transformações ocorreram no município de Lagoa Santa? Como era o perfil de saúde/doença da população assistida pelo Programa Saúde da Família (PSF) no ano 2000 e como estava em 2012. Que mudanças podem ser apontadas?

A implantação de Políticas Públicas adequadas à realidade e à necessidade da população a ser assistida no município de Lagoa Santa deve iniciar-se com os compromissos político e técnico. Segundo Kligerman (2007), “o compromisso político é de situar a saúde no topo da agenda pública. O compromisso técnico é de enfatizar como foco de intervenção os fatores determinantes do processo saúde-doença”. Para este autor, um governo, além de assumir esses compromissos e desenvolver políticas públicas saudáveis deverá formular e implantar intervenções e políticas integradas, envolvendo diferentes setores, empoderando a população e construindo alianças sólidas para executar as políticas adequadas.

É importante que os gestores de saúde utilizem instrumentos gerenciais, de planejamento e de Vigilância à Saúde tornando as informações sobre indicadores de saúde disponíveis a todos, inclusive para os usuários dos serviços de saúde, para a efetivação do controle social do SUS como está definido pela Lei 8142/1990 (BRASIL, 1990b).

Os Indicadores de Saúde, segundo Pereira (1995), revelam a situação de saúde de um indivíduo ou de uma população e são utilizados “para medir aspectos não sujeitos à observação direta: saúde, normalidade, felicidade”.

“Os indicadores são propostos como instrumentos de representação da informação, que permitem organizar, sintetizar e utilizar informações, úteis ao planejamento, ao estabelecimento de metas e ao controle do desempenho, viabilizando, assim, a análise de decisões estratégicas e a tomada de decisão (KLIGERMAN, 2007 p.200).”

É preciso que, para o município de Lagoa Santa, sejam feitas avaliações para verificar se ocorreram transformações significativas em relação ao perfil de saúde dos usuários do SUS-Municipal. Devem ser definidos alguns indicadores a serem acompanhados e avaliados periodicamente com o objetivo de medir se a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) é importante para o município e se deve ser mantida. Esses indicadores devem ajudar a identificar se essa estratégia é a ideal para o município de Lagoa Santa; se os agravos prioritários definidos no início do programa ainda continuam sendo prioritários; ou existe necessidade de mudança de direcionamento das ações atualmente desenvolvidas.

Para Pereira (1995), o acompanhamento e a avaliação dos serviços de saúde podem ser feitos através de indicadores de insumos, de processo e de impacto. Esse autor diz ainda que, o estudo de impacto, avaliação ou de resultado vem sendo utilizado cada vez mais pelos planejadores e gestores, pois, busca evidências sobre os benefícios decorrentes dos investimentos em determinado setor.

Apesar de existirem muitas dificuldades para se distinguir e para controlar o impacto na melhoria do perfil de saúde de uma população, impulsionada pelas ações dos serviços de saúde, é de extrema importância que sejam definidos indicadores que permitam a visualização de alterações importantes no sistema de saúde.

“Nos anos 80 e 90, a grande diminuição da mortalidade infantil, com ênfase nas mortes causadas pelas gastroenterites, deveu-se principalmente ao aumento da cobertura de saneamento básico, e neste, acesso à água tratada de boa qualidade (e, portanto, fatores externos ao setor saúde). Ainda hoje o efeito da disponibilização de água tratada sobre a mortalidade infantil pode ser visto nos estados menos desenvolvidos da Região Nordeste (PEREIRA, 1995, p.19).”

A gestão de saúde deve utilizar a avaliação de indicadores como apoio no planejamento e na tomada de decisão, pois assim estariam mais pautadas na realidade das condições de seus usuários, no perfil epidemiológico e nas necessidades de saúde (REMOR *et al.*, 2010).

3 JUSTIFICATIVA

O SUS foi criado pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), e por meio da Lei 8080/1990, a Epidemiologia passou a ser componente importante da saúde pública através da organização da Vigilância Epidemiológica regulamentada pela Lei 1.172/2004 e que instituiu como obrigatórios os Sistemas de informação em Saúde – SIS (BRASIL, 2004).

Segundo Viana *et al.* (2002), com a implantação do SUS e a descentralização dos serviços de saúde ocorreu um adensamento dos sistemas municipais de saúde e uma melhoria na capacidade instalada, na produção e na cobertura de serviços ambulatoriais e hospitalares, além do aperfeiçoamento dos critérios de alocação do financiamento.

Segundo Soares, Andrade e Campos (2001), a Vigilância Epidemiológica tem o papel de definir quais informações coletar, o que observar e que atitudes tomar para prevenir, controlar ou erradicar as doenças.

“Os dados de importância para a análise de situação de saúde são inúmeros e de fontes diversas. Poderíamos destacar, por exemplo, os dados sobre a **população** (número de habitantes, idade, sexo, raça, etc.), os dados **sócio-econômicos** (renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação), os dados **ambientais** (poluição, abastecimento de água, tratamento de esgoto, coleta e disposição do lixo), os dados sobre **serviços de saúde** (hospitais, ambulatorios, unidades de saúde, acesso aos serviços), os dados de **morbidade** (doenças que ocorrem na comunidade) e os **eventos vitais** (óbitos, nascimentos vivos e mortos, principalmente) (SOARES, ANDRADE e CAMPOS, 2001, p.188).”

As ações e os cuidados básicos à saúde estão mais presentes e acontecem rotineiramente na esfera de gestão municipal, e é nesse *locus* que se concretizam a maioria das políticas públicas de saúde. Portanto, uma análise mais criteriosa a cerca das alterações no perfil de saúde da população contribuirão significativamente para a construção de políticas públicas de saúde verdadeiramente voltadas para a realidade da população local, facilitando o acerto dos gestores em relação às escolhas a serem feitas e os rumos a serem tomados depois de uma análise criteriosa de informações (KLIGERMAN, 2007).

Os SIS vêm acumulando dados que precisam ser transformados em informações e serem analisados para contribuir com o avanço da gestão de saúde. É necessária a realização de um “diagnóstico comunitário” que leve em consideração o processo saúde-doença e os eventos associados à saúde coletiva contidos nesses dados para que sirvam, efetivamente, de suporte ao planejamento, administração e avaliação de saúde (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001).

Pretende-se com esse estudo levantar informações sobre a necessidade de saúde da população para auxiliar a gestão pública no direcionamento dos gastos com atenção básica e avaliar se devem continuar sendo investidos recursos nas prioridades definidas pelo Programa Saúde da Família, implantado no município de Lagoa Santa desde 1998.

Com o objetivo de levantar tais informações, Kligerman (2007), diz que “são utilizados indicadores, que simplificam e substituem dados muito extensos e textos descritivos por medidas estabelecidas de comum acordo”. E esses indicadores serão definidos e serão apresentados aos gestores como informações técnicas acerca do perfil de saúde coletiva da população de Lagoa Santa e deverão orientá-los sobre as tomadas de decisão sobre a política de saúde local.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar o desempenho da Estratégia Saúde da Família no município de Lagoa Santa.

4.2 Objetivos específicos

- Levantar dados nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) oficiais do Ministério da Saúde, disponíveis no site do DATASUS/MS, referentes ao município de Lagoa Santa, nos anos 2000, 2005, 2009 e 2012;
- Levantar dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no município de Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012;
- Analisar os dados levantados nos Sistemas de Informação (SIS) oficiais do Ministério da Saúde e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) no município de Lagoa Santa, referentes ao anos de 2000, 2005, 2009 e 2012;
- Definir indicadores importantes a serem estudados a partir dos dados analisados;
- Apresentar o estudo desenvolvido aos gestores de saúde do município.

5 METODOLOGIA

De acordo com Gil (2002), uma pesquisa é desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos. Na realidade, a pesquisa desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados.

Este trabalho trata de um estudo teórico exploratório, a partir do tema: “Avaliação de Desempenho da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Lagoa Santa no período de 2000 a 2012”, através de pesquisas bibliográficas em artigos científicos disponíveis e de circulação nacional, que tratam do tema, para a construção da revisão da literatura. Foram utilizados os seguintes descritores: Políticas Públicas, Saúde Básica, Saúde da Família.

Para Mattar (2001), a pesquisa exploratória visa prover o pesquisador de maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa em perspectiva. Descreve também que, dados secundários são aqueles coletados, tabulados e ordenados usados para subsidiar as pesquisas.

Além do estudo teórico exploratório, para a realização da pesquisa, utilizou-se de um estudo retrospectivo de natureza quantitativa, por meio da pesquisa de indicadores de saúde de extrema importância do PSF disponíveis no site do DATASUS/MS e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa.

Para Azevedo (1991), o processo de avaliação dos serviços de saúde deve seguir a “tendência” de se ocupar da avaliação de resultados, onde observam-se indicadores de morbimortalidade, com “a perspectiva desse tipo de sistema é a acumulação progressiva de uma base de dados que promete análises cada vez mais expressivas”.

As informações levantadas e tabuladas serão disponibilizadas para que possam ser utilizadas por gestores de saúde a fim de orientar as tomadas de decisão acerca da política de saúde municipal.

Este estudo não pode ser considerado uma avaliação da efetividade dos serviços de saúde em questão pois não leva em consideração, além de indicadores, o resultado do cuidado obtido na situação da prática cotidiana, ou seja, não analisa uma prática ou método de cuidado e é o somatório das características do paciente, da adequação do tratamento e efeitos aleatórios. Para ser uma avaliação de efetividade deveria apresentar as modificações introduzidas por meio de uma intervenção num contexto da vida real (VIACAVA, 2012).

5 REVISÃO DE LITERATURA

Nas décadas de 70 e 80, o debate sobre os rumos das políticas de saúde no mundo foram intensamente afetados pela Declaração de Alma-Ata, fruto da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma Ata (na antiga URSS), organizada pela OMS e pela UNICEF, em 1978. Nessa declaração tivemos uma definição de saúde e a identificação de responsáveis pela disponibilização dos meios para alcançá-la (OMS, 1978).

“...a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (...) Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis (OMS, 1978, p.2).”

O Brasil viveu, nos anos 80, no que tange às políticas de saúde, um movimento de reforma e a criação do SUS que ampliou universalmente o direito aos serviços de saúde de forma igualitária, integral e equânime através da implantação dos princípios e diretrizes preconizados na Constituição Federal de 1988. O movimento de Reforma Sanitária Brasileira e a criação do SUS foram influenciados pela política externa como pode ser observado no texto a seguir:

“Reconhecendo o papel que o contexto internacional exerce nas definições das políticas de saúde e seu poder de influência na determinação de modelos e práticas assistenciais, observa-se que a criação das agências internacionais de sustentação do capital financeiro (Fundo Monetário Internacional – FMI, Banco Mundial) e das políticas de segurança e paz no mundo (Organização das Nações Unidas – ONU, Organização Mundial da Saúde – OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF), logo após a Segunda Grande Guerra, mudou a forma e a configuração das relações internas e externas dos países, desencadeando uma nova ordem no cenário mundial. As agências econômicas configuradas pelas instituições de Bretton Woods, de um lado, cada vez mais criam meios para assegurar a composição dos recursos financeiros das agências internacionais pela sua estrutura de poder centrada na política do voto proporcional, garantindo aos países capitalistas, detentores dos recursos, mecanismos de influência e decisão nos rumos das políticas econômicas e sociais dos diferentes países, principalmente nos do hemisfério sul. Por outro lado, as agências internacionais ligadas às Nações Unidas, voltadas às políticas sociais, vêm exercendo importante papel no sentido de viabilizar a consecução de políticas mais equânimes para os povos e entre eles, mediando conflitos de interesses entre financiamento e necessidades sociais dos países (GIL, 2006, p. 1172).”

Após essa influência internacional ocorre o início do SUS na Política de Saúde Brasileira em presença de escassos recursos e acontece a Municipalização da Saúde, com a descentralização das ações e a definição de responsabilidades das três esferas de governo. Segundo a Portaria 648, de 28 de março de 2006, os municípios são os gestores dos sistemas locais de saúde e responsáveis pelo cumprimento dos princípios, organização e execução das ações da Atenção Básica em seu território, já as Secretarias Estaduais de Saúde e o Governo Federal devem contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde estimulando os serviços municipais pela adoção da estratégia Saúde da Família em caráter substitutivo às práticas então vigentes ou como estruturantes dos sistemas municipais para a Atenção Básica (BRASIL, 2006).

Entretanto, existe uma contradição, ocorre o processo da descentralização da gestão do SUS e a recursos financeiros permanecem centralizados sob a gestão da União. Essa situação gera conflitos distributivos e a necessidade de se estabelecer estudos e projetos com interface na área da Economia da Saúde para criar propostas mais racionais de alocação de recursos e aumentar contrapartidas financeiras das esferas de governo (ANDRADE *et al.*, 2004).

Somente com a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, acontece vinculação de recursos mínimos que “serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei” (BRASIL, 2000).

Serviços básicos podem ser entendidos como “Cuidados Primários” definidos no relatório da Conferência Internacional de Alma-Ata:

“(…) incluem educação em relação a problemas prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (OMS, 1978, p.2).

Segundo Gil (2006), vários autores utilizam os termos atenção primária à saúde e atenção básica à saúde como sinônimos. As unidades básicas, instância operacional do sistema de saúde atuam como porta de entrada, tendo nível próprio de

atendimento. Nessas unidades são disponibilizados, para a população os “serviços de saúde do primeiro nível de atenção”.

No Brasil tem-se utilizado a denominação Atenção Básica, no âmbito do SUS, para designar o que, na literatura internacional, tem sido chamado de Atenção Primária da Saúde. Essa terminologia vem principalmente para se criar uma identidade institucional própria orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social e uma ruptura com a concepção de que a atenção primária compreende a prestação de cuidados de saúde de alcance limitado com baixa densidade tecnológica e pouca efetividade na resolução dos problemas de saúde e disponibilizados a parcelas excluídas da população (BRASIL, 2003).

De acordo com a Portaria nº 648/2006, Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2006).

Aguiar (1998), em seu trabalho, cita entrevista onde Eugênio Vilaça Mendes fala da formulação, pelo Presidente Itamar Franco e seu Ministro da Saúde o Dr. Henrique Santillo, do Programa Saúde da Família (PSF), em dezembro de 1993.

“Naquele momento uma grande discussão em torno do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), formulado pelo Ministério da Saúde em 1991, particularmente da experiência do Ceará, que teve grande repercussão na época, com efetivo impacto na diminuição da mortalidade infantil no Estado (em torno de 30%) (AGUIAR, 1998, p.61).”

O Programa Saúde da Família é considerado pelo Ministério da Saúde como estratégia de reorganização das práticas de atenção primária à saúde em substituição ao modelo tradicional onde ocorria o atendimento a demanda espontânea com pouca resolutividade e sem organização da referência e contra referência. A estratégia Saúde da Família se apoia o referencial da Vigilância à Saúde, primando pela organização das ações a partir do território e dos problemas de saúde identificados, intersetorialidade, discriminação positiva de saúde, paradigma da produção social da saúde (GIL, 2006).

“Frente à crise vivida no setor saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional, orientado para a cura de doenças. Assim sendo, o PSF pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006, p.43).”

Os serviços de saúde que pretendem atuar na perspectiva da vigilância da saúde devem utilizar indicadores sociais e de saúde que, articulados, possam auxiliar identificando problemas e ajudando na avaliação de resultados da intervenção em saúde. Esses indicadores devem ser pactuados entre os diferentes atores sociais e participarem da construção de projetos intersetoriais capazes de contribuir na formulação de políticas públicas que melhor respondam as demandas sociais de saúde (SOARES; ANDRADE; CAMPOS, 2001).

O Ministério da Saúde, com o intuito de avaliar e monitorar a Atenção Básica, no âmbito do SUS, formulou a partir de 1998, a proposta de desenvolvimento de pactos de gestão entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o próprio ministério. Desde então, vêm sendo publicadas anualmente portarias específicas para orientação do processo de pactuação e a relação dos indicadores a serem pactuados pelos gestores. A definição dos indicadores a serem pactuados acontece em oficinas nacionais de trabalho técnico e construção de consensos entre representantes das Secretarias Estaduais, dos Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e áreas técnicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003-A).

Dentre os Indicadores do Pacto da Atenção Básica, pactuados anualmente, podemos enumerar os estabelecidos para o ano de 2003:

Indicadores Principais:

1. Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade;
2. Taxa de mortalidade infantil;
3. Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer;
4. Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas;

5. Taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade;
6. Homogeneidade da cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade;
7. Taxa de mortalidade materna;
8. Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
9. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados;
10. Razão entre exames cito patológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária;
11. Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC);
12. Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares;
13. Taxa de internação por cetoacidose e coma diabético;
14. Proporção de abandono do tratamento de tuberculose;
15. Proporção de abandono do tratamento de hanseníase;
16. Taxa de detecção de casos de hanseníase;
17. Cobertura de primeira consulta odontológica;
18. Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos;
19. Proporção da população coberta pelo PSF; e
20. Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante.

Indicadores Complementares:

1. Número absoluto de óbitos neonatais;
2. Taxa de mortalidade infantil neonatal;
3. Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero;
4. Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama;
5. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal;
6. Taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva (ICC);
7. Taxa de internação por diabetes;
8. Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva;
9. Taxa de mortalidade por tuberculose;
10. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados;
11. Taxa de prevalência da hanseníase;
12. Proporção de grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico;
13. Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais;
14. Média mensal de visitas domiciliares por família.

No trabalho Pacto dos Indicadores da Atenção Básica: um instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS (BRASIL, 2003), o Ministério da Saúde enfatiza que o processo de pactuação e o elenco de indicadores têm resultado no amadurecimento do processo de avaliação da atenção básica, traduzindo a busca por “indicadores mais representativos” e que apresentem “sinteticidade, facilidade de cálculo, disponibilidade, poder discriminatório e robustez”.

Para Aguiar (1998), deve-se realizar a avaliação e controle do modelo de saúde escolhido através de diagnóstico de saúde do setor utilizando indicadores de saúde clássicos, globais e específicos, além de outros relativos às condições ambientais e ao serviço. Entretanto, tais procedimentos são ainda incipientes, sobretudo aqueles para avaliar a eficiência e efetividade.

Indicadores devem ser propostos como instrumentos que sirvam para representar, organizar e sintetizar informações que sejam úteis ao planejamento através do estabelecimento de metas e controle de desempenho, viabilizando a análise de decisões estratégicas e a tomada de decisão (KLIGERMAN, 2007).

Para Pereira (2002), a definição de Indicador de Saúde é: “Medida simples de uma das dimensões do estado de saúde. Por exemplo, a esperança de vida, a taxa de mortalidade infantil, a taxa de mortalidade padronizada, etc”.

Em termos de metas (de cobertura e/ou institucionais) e indicadores de processo e resultado, nenhuma das experiências formalizou sistemas de acompanhamento com dados gerenciais específicos que ilustrem as dificuldades e avanços alcançados (AGUIAR, 1998).

Oliveira e Borges (2008), citam que é preciso estudar as intervenções que o Estado realiza na área da saúde com um olhar voltado para o fato de estarem ou não realizando mudanças sociais que impliquem na “melhoria da situação sanitária das populações de baixa renda a que se destinam e levando ao incremento das condições de saúde de suas crianças”.

Estudos realizados sobre os instrumentos de avaliação econômica dos serviços de saúde são importantes quando se quer identificar a melhor forma de alocação dos recursos da sociedade entre diferentes programas. Entretanto, estes estudos respondem, no âmbito da racionalidade, a questões alocativas e distributivas, e não consideram questões sócio-político-culturais importantes na construção de intervenções de políticas públicas democráticas (UGÁ, 2002).

Nero (2002), cita Samuelson (1976) que define economia como:

"estudo de como os homens e a sociedade escolhem, com ou sem o uso de dinheiro, a utilização de recursos produtivos limitados, que têm usos alternativos, para produzir bens e distribuí-los como consumo, atual ou futuro, entre indivíduos e grupos na sociedade. Ela analisa os custos e os benefícios da melhoria das formas de distribuir os referidos recursos" (SAMUELSON, 1976 *apud* NERO, 2002, p.22).

A partir de 1970, a aplicação de instrumentos econômicos a questões tanto estratégicas como operacionais do setor saúde deram origem à *economia da saúde* que veio auxiliar o *planejamento em saúde*. Disciplinas como aspectos econômicos da saúde, saúde e economia, planejamento econômico-sanitário, economia política da saúde começaram a fazer parte do currículo dos cursos de especialização em administração de serviços de saúde. Elas estudam as condições de vida das populações e suas consequências sobre a saúde. Nesses trabalhos procuram relacionar fatores sócio-econômicos e indicadores de saúde, como, por exemplo, renda e mortalidade infantil, isto é, demonstrar que quanto menor a renda familiar, maior o número de mortes de crianças até o primeiro ano de vida. Ou então, comprovar que a prevalência da tuberculose diminuiu com a urbanização, indicando uma associação estatística positiva entre a melhoria da habitação e dos serviços públicos e a redução dos casos existentes de tuberculose numa determinada comunidade (NERO, 2002).

Swarcwald, Mendonça e Andrade (2006), falam da importância, para os gestores e administradores do setor saúde, da realização de avaliação de desempenho das ações e programas de saúde. Essa avaliação deve garantir a qualidade da atenção e subsidiar decisões que venham de encontro às necessidades da população.

"Conceitualmente a efetividade é o resultado do cuidado obtido na situação da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alcança a melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como atingíveis (DONABEDIAN, 1990 *apud* ROLIM, 2009 p.13).

Oliveira e Borges (2008), dizem que o Programa Saúde da Família, desde que contemplado nas agendas governamentais do país como implantados, devem ser avaliados periodicamente e neste processo devem ser feitos recortes geográficos e temporais específicos.

Portanto, para que as decisões da gestão de saúde sejam produtivas é necessário realizar um planejamento que analise e entenda as capacidades das estruturas

existentes, formule metas e objetivos claros, e tenha indicadores de monitoramento das ações e resultados, a fim de atingir um nível ótimo entre o planejado e o executado.

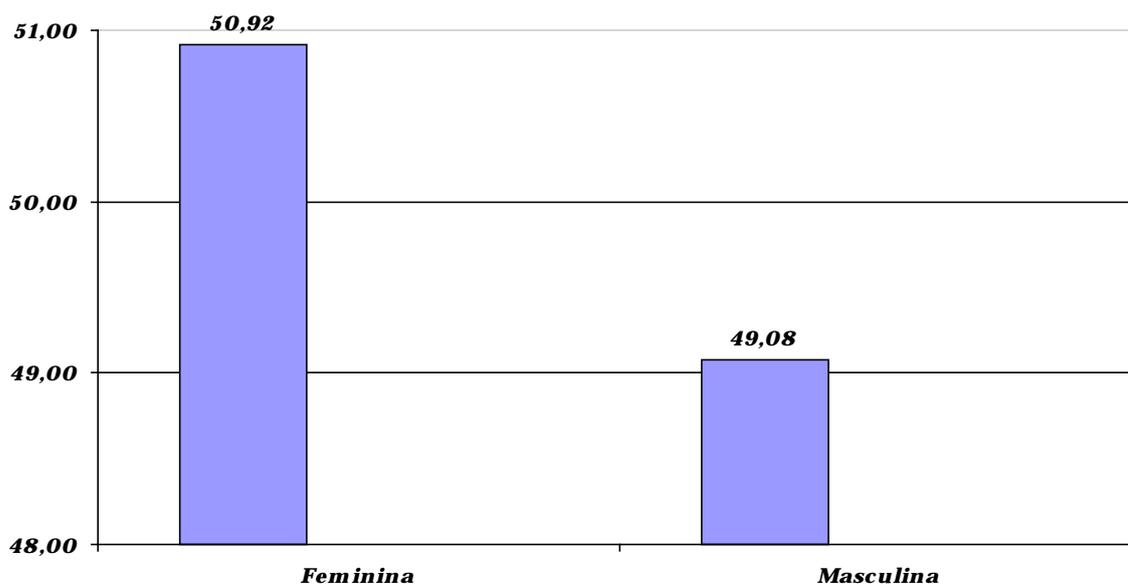
6 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Lagoa Santa está integrado à Região Metropolitana de Belo Horizonte e à Microrregião de Saúde de Vespasiano. Está há 38 quilômetros de distância de Belo Horizonte, capital do estado e há 12 quilômetros de Vespasiano, sede da microrregião de saúde. Possui 230 quilômetros quadrados de área, é sede do Aeroporto Internacional Tancredo Neves, do Parque do Material Aeronáutico, da reserva ecológica Parque do Sumidouro, da Gruta da Lapinha e singular beleza de sua Lagoa Central e de seus entornos (LAGOA SANTA, 2013).

O município tem uma população de 52.526 habitantes, segundo Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresentando uma média de 228,37 habitantes/Km² e média de 2,55 habitantes por domicílio, em cerca de 20.500 residências. Esta população está distribuída da seguinte forma:

- População Masculina: 25.778;
- População Feminina: 26.748;
- % População Masculina: 49,08%; e
- % População Feminina: 50,92%.

Gráfico 1 – Percentual da população, segundo sexo, em Lagoa Santa, 2010.



Fonte: IBGE (2010)

O município de Lagoa Santa vem passando, desde o ano de 2010, por uma reestruturação no modelo de atenção à Saúde. Estão sendo intensificadas as implantações de ações voltadas para o atendimento à população de forma Humanizada, com acolhimento e resolubilidade baseada nos preceitos do SUS que são Universalidade, Integralidade e Equidade. O Projeto de saúde lançado em fevereiro de 2010 realizou mudança do então modelo de tratamento das doenças mais curativo para um modelo que valoriza mais a prevenção às doenças.

Atualmente a rede de atenção à saúde conta com 17 (dezessete) Equipes de Saúde da Família, além de três Unidades Apoio, atingindo 100% de cobertura. São 13.301 famílias assistidas pelo ESF, de acordo com dados do SIAB/MS em julho de 2013.

Para atender aos princípios de descentralização e regionalização dos serviços de saúde, o município foi dividido em quatro distritos sanitários, denominados de Regionais de Saúde. Assim, as Policlínicas Regionais foram criadas como equipamentos que visam descentralizar serviços essenciais aos usuários como serviços de atendimentos de especialidades médicas básicas (pediatria, ginecologia e cardiologia), farmácia (dispensação de medicamentos) e laboratório (coleta de exames), além do atendimento da equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Atualmente existem seis Unidades de Farmácias Municipais, descentralizadas nos quatro distritos regionais. Existe ainda o Laboratório Municipal Central sendo responsável pela coleta sistemática e descentralizada nas quatro regionais de saúde.

A Atenção em Saúde Bucal apresenta atualmente 60% de cobertura da população na Estratégia de Saúde da Família com 10 (dez) equipes de saúde bucal e tem buscado se integrar crescentemente aos processos de trabalho em equipe, em conformidade com os princípios ordenadores e fundamentos da atenção básica.

O Município conta com três unidades de Saúde Mental, dentre elas o Centro de Atenção Psicossocial de categoria 1 (CAPS1), Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad) e o Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSi). Desta forma, a rede de Saúde Mental do Município de Lagoa Santa coloca como prioridade à reinserção de seus usuários na sociedade, trabalhando e reafirmando os valores individuais de cada usuário atendido por uma das três unidades de Saúde Mental presentes na cidade de Lagoa Santa- MG.

Atualmente o município conta com duas equipes do NASF Modalidade 1. A primeira equipe do NASF é composta por cinco profissionais de nível superior (Psicólogo; Assistente Social; Fonoaudiólogo; Profissional de Educação Física e Nutricionista), e a segunda equipe é composta por cinco profissionais de diferentes áreas (Psicólogo; Nutricionista e Educador Físico). Atreladas às ações do NASF, estão atividades desenvolvidas pelo Programa de Academias Livres, que visam o combate ao sedentarismo e males associados. A equipe do NASF também orienta as atividades relacionadas à Ginástica Laboral. O município foi contemplado recentemente com um Polo da Academia da Saúde – Modalidade Ampliada que deverá ser construído em breve.

O Pronto Atendimento Municipal (PAM) é uma unidade de atendimento de Urgência e Emergência 24 horas, voltada para o atendimento de casos graves e situações de urgência, que impliquem em risco iminente de morte para o usuário. O PAM atualmente possui um contrato de cogestão com o Hospital Santa Casa de Lagoa Santa, devido ao funcionamento no mesmo espaço físico, assim o PAM usufrui da retaguarda hospitalar para suporte.

A rede de atenção à saúde do município conta ainda com dois Hospitais, sendo um deles exclusivo para o atendimento dos oficiais da aeronáutica, e o segundo filantrópico com 69 leitos e prestando serviços ao SUS, funcionando como a atual porta de atendimento hospitalar no município. Conta ainda com um Centro de Reabilitação e uma Equipe de Serviço de Atenção Domiciliar, implantada no segundo semestre de 2013.

8 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A proposta do Programa Saúde da Família é de estabelecer uma nova relação de confiança nas ações de saúde por parte dos que são atendidos e de respeito entre os profissionais da saúde e a comunidade, facilitando a identificação e o atendimento às necessidades de saúde da população. A criação deste vínculo é de fundamental importância na estruturação dos serviços e no padrão de assistência à saúde da população pelo sistema público. Pois, o programa é uma forma especial de assistência à saúde. Tradicionalmente, ao se sentirem doentes as pessoas procuravam os serviços de saúde, cuja prioridade era curar as doenças. O PSF faz o caminho inverso: os profissionais vão até onde as pessoas vivem, embora elas também possam procurar os serviços de saúde. Os agentes do PSF, ao fazer a escuta qualificada das necessidades e potencialidades das famílias/comunidades, procuram desenvolver ações visando à saúde e à qualidade de vida destes. Para isso elegem como pontos centrais o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (AGUIAR, 1998).

A avaliação de alguns indicadores de saúde possibilita a busca de informações necessárias para decisões, desde a implantação do programa saúde da família, até o presente momento, indicando o que foi melhorado e o que necessita de mudanças (KLIGERMAN *et al.*, 2007). Para avaliação do programa no município de Lagoa Santa baseamos nossos estudos nas informações do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) disponíveis no município e no site do DATASUS/MS.

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação da saúde e o meio onde está inserida a população, assim como, para a tomada de decisões, baseadas em evidências e para a programação de ações nesta área. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma antiga tradição em saúde pública. Com os avanços obtidos no controle de doenças e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde, incluindo fatores ambientais, acesso aos serviços, qualidade da atenção e condições de vida.

O Programa Saúde da Família é uma estratégia de assistência primária à saúde, na qual se percebe o aprimoramento e a consolidação do Sistema Único de Saúde. O programa deve ser entendido como uma forma de possibilitar o acesso à saúde para toda população do país, assim como está colocado na Constituição Federativa do Brasil. A ideia do PSF define os fatores condicionantes e determinantes da saúde que são valorizados nos diferentes campos: biológico, meio ambiente, contexto político, social e cultural (OLIVEIRA; BORGES; 2008).

Para possibilitar que toda a população tenha o direito à atenção a saúde e acesso aos serviços de saúde é de fundamental importância que sejam respeitados os princípios doutrinários do SUS fundamentados nos preceitos constitucionais.

No Município de Lagoa Santa, o início da implantação do Programa Saúde de Família (PSF) foi no ano de 1996 com a instituição da primeira equipe. A partir de 1997 ocorreu um incremento no número de equipes, até que, no ano 2000 o município contasse com oito equipes. Este número de equipes permaneceu o mesmo até o ano de 2005. Em 2006 iniciou-se a ampliação do número de equipes, e ao final de 2009 o município passou a contar com quatorze equipes, e em 2012 foram implantadas mais três equipes e hoje são dezessete equipes.

Este estudo compara os anos de 2000, 2005, 2009 e 2012 que tiveram o programa funcionando de janeiro a dezembro de cada ano.

Os dados correspondentes aos anos utilizados neste comparativo foram obtidos no site do DATASUS e na Secretaria Municipal de Saúde e correspondem às informações registradas no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) pelo município a partir de boletins de produção das equipes que atuam nas áreas cobertas pelo programa e alimentam os bancos de dados do Ministério da Saúde por transferências eletrônicas.

I – Estudo sobre População Cadastrada.

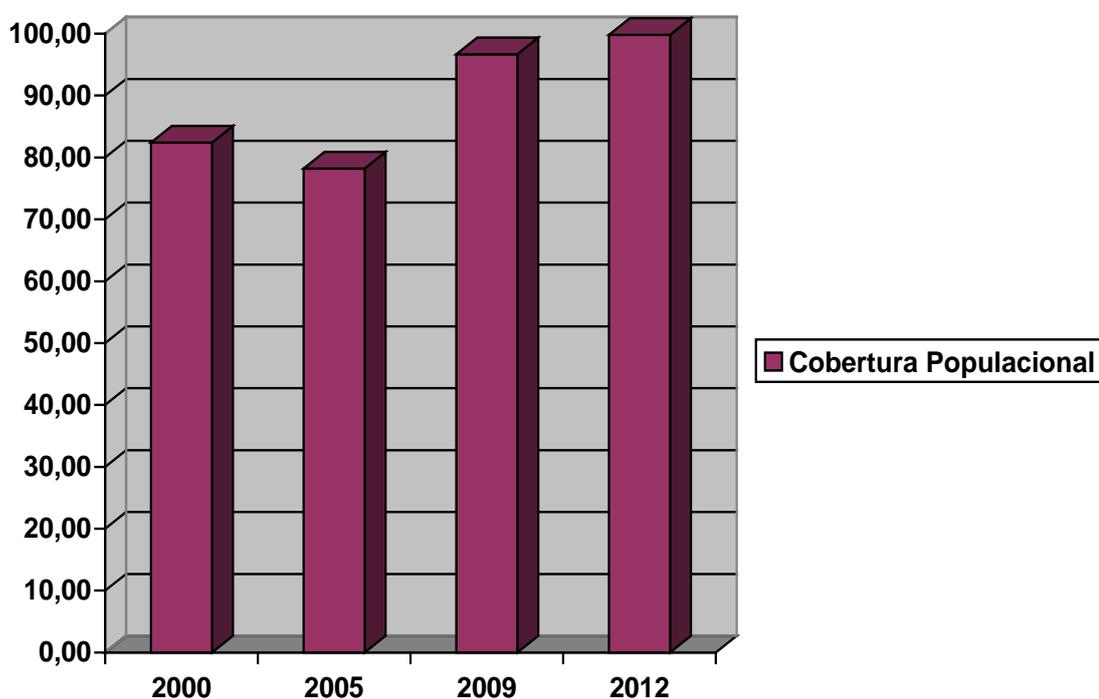
O Ministério da Saúde utiliza para o cálculo de cobertura populacional assistida pela estratégia de saúde da família a população estimada pelo IBGE.

Tabela 1 – Cobertura Populacional pela Estratégia Saúde da Família em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

| ANO/CADASTRO | 2000 | Cobert. | 2005 | Cobert. | 2009 | Cobert. | 2012 | Cobert. |
|----------------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| POPULAÇÃO CADASTRADA | 31.200 | | 31.543 | | 48.213 | | 54.598 | |
| População Total | 37.872 | 82,4% | 40.328 | 78,2% | 49.840 | 96,7% | 54.732 | 99,8% |

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – DATASUS/MS e SMS/Lagoa Santa

Gráfico 2 - Cobertura Populacional pela Estratégia Saúde da Família em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.



Em relação à população de Lagoa Santa assistida pelo Programa Saúde da Família, a cobertura pode ser considerada como de 100%, no ano de 2012. Houve um acréscimo significativo de cobertura de 78,2%, em 2005 comparado aos 99,8%, em 2012. Porém, em 2009 a cobertura foi inferior aos 100% alcançados em 2007 (dado

não mostrado). Isto se deve ao fato do programa de saúde da família ter sido mantido com o mesmo número de equipes. Portanto, com a população adstrita constante, sem incremento. É necessária a implantação periódica de novas equipes, como é a proposta desta estratégia, pois a população total do município tem projeção de aumento, ano após ano, tendo necessidade de aumento sistemático de número de equipes para acompanhar esse crescimento populacional anual.

II – Estudo sobre Taxa de Mortalidade Infantil por Diarreia (TMI-Diarreia) por 1000 Nascidos Vivos.

Gráfico 3 – Taxa de Mortalidade Infantil por Diarreia em 1000 nascidos vivos, em Lagoa Santa nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

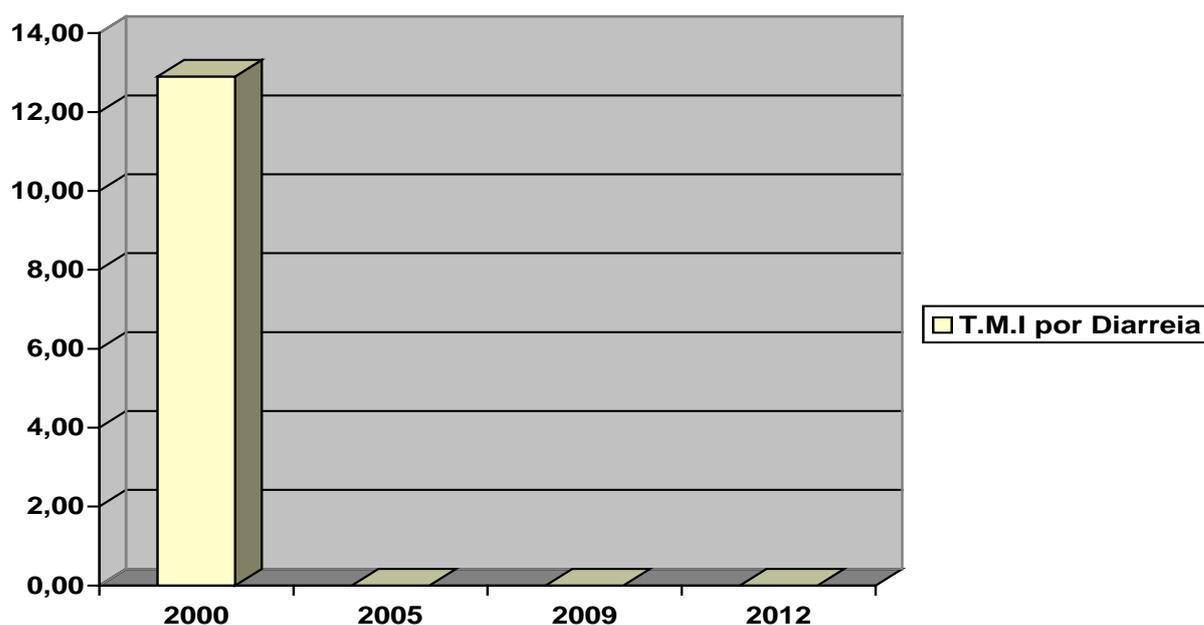


Tabela 2 – Taxas de Mortalidade Infantil por Diarreia em 1000 nascidos vivos, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

| T.M.I/Nascidos Vivos | 2000 | 2005 | 2009 | 2012 |
|----------------------|-------|------|------|------|
| T.M.I. por Diarreia | 12,90 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – DATASUS/MS e SMS/Lagoa Santa

Houve uma queda significativa na Taxa da Mortalidade Infantil por Diarreia (TMI-Diarreia) e 12,90 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 0,00 nos anos de 2005 e 2009, sendo mantida no ano de 2012. Este indicador mostra uma melhoria de qualidade de vida nas áreas cobertas pelo PSF, mantida com a continuidade da estratégia e que pode, também, estar ligada a melhoria de informação a respeito de cuidados de higiene levados a população pela equipe de ACS do programa, como também pode estar relacionada com melhorias sanitárias que ocorreram no município durante este período, com a ampliação de rede de coleta de esgoto em vários bairros, segundo informações relatadas por membros da Secretaria Municipal de Saúde.

III – Estudo sobre percentual de cobertura de consultas de pré-natal.

Tabela 3 – Cobertura de consultas de pré-natal, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

| Ano | 2000 | 2005 | 2009 | 2012 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|
| | % | % | % | % |
| Cobertura de Consultas de Pré-Natal | 46,1 | 79,7 | 99,0 | 98,3 |

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – DATASUS/MS e SMS/Lagoa Santa

O indicador de cobertura de consultas de pré-natal aumentou significativamente no percentual de gestantes que realizaram o acompanhamento da gestação nas unidades básicas de saúde após a implantação da estratégia saúde da família. Entretanto, é preciso um olhar mais cuidadoso em relação a este procedimento, para que não ocorra queda como a que pode ser observada no ano de 2012. É importante que este indicador seja mantido o mais próximo possível de 100%.

Outro dado importante a ser analisado é o percentual de gestantes que realizaram sete consultas ou mais de pré-natal, durante o acompanhamento da gestação. Este dado está disponível no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde para este estudo. Como

resultado deste indicador encontramos que 42,7% das gestantes passaram por sete ou mais consultas, em 2005. Este percentual elevou-se para 59,0%, em 2009 e o valor subiu para 72,4% em 2012. Como este indicador está relacionado a um sistema de informação que ainda não tem seu banco de dados consolidado para o ano de 2012, recorreremos ao resultado ao último resultado disponibilizado, que se refere ao ano de 2011, onde 72,9% das gestantes realizaram sete consultas ou mais de pré-natal.

Com esses percentuais apontados, podemos dizer que as gestantes identificadas pelo programa estão fazendo seu acompanhamento de uma forma mais sistemática no ano de 2011 que nos anos anteriores. Entretanto, se não houver a continuidade da ampliação do Programa Saúde da Família do município de Lagoa Santa algumas áreas ou bairros correm o risco de ficarem descobertas, assim as gestantes podem passar a não serem identificadas pelos ACS e o acompanhamento de pré-natal ser prejudicado.

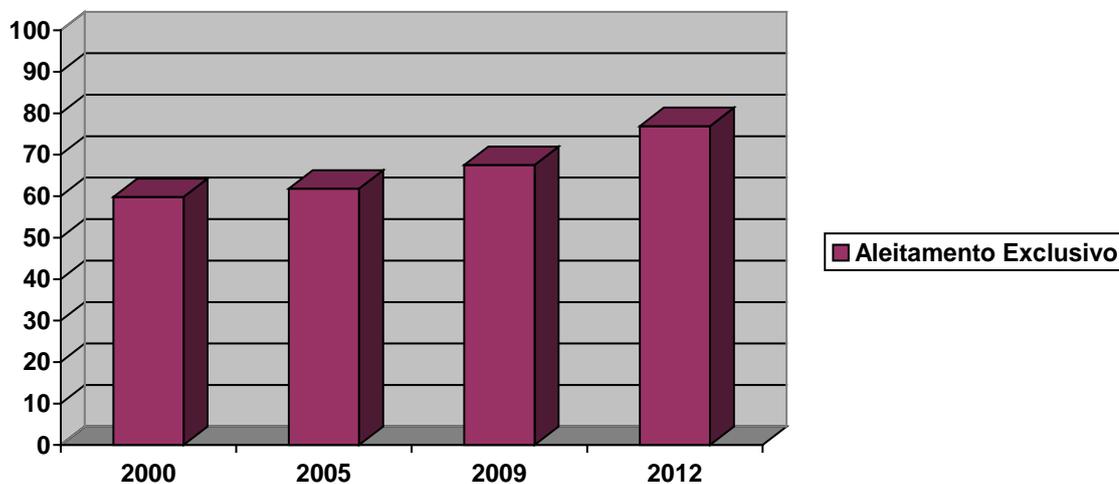
IV – Estudo sobre Crianças menores de 4 meses quanto à Aleitamento Materno Exclusivo.

Tabela 4 – Aleitamento Materno Exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

| | 2000 | 2005 | 2009 | 2012 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | % | % | % | % |
| Aleitamento Exclusivo | 59,8 | 61,8 | 67,5 | 76,9 |

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – DATASUS/MS e SMS/Lagoa Santa

Gráfico 4 – Percentual de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.



Em relação ao indicador aleitamento materno exclusivo, que tem como parâmetro ou valor ideal definido pelo MS o percentual de 75%, vemos que em Lagoa Santa ocorreu um aumento positivo entre os anos observados, nos mostrando uma melhoria neste indicador e a necessidade de continuidade das ações educativas sobre a importância do leite materno, pois o resultado de 76,9%, em 2012, está muito próximo ao valor mínimo preconizado pelo MS. Sabemos que estas ações devem ser desenvolvidas pelos profissionais da equipe do PSF, e devem ser estendidas para as demais áreas de expansão onde forem criadas novas equipes, para que ocorra a adesão de mães à proposta de aleitamento materno exclusivo.

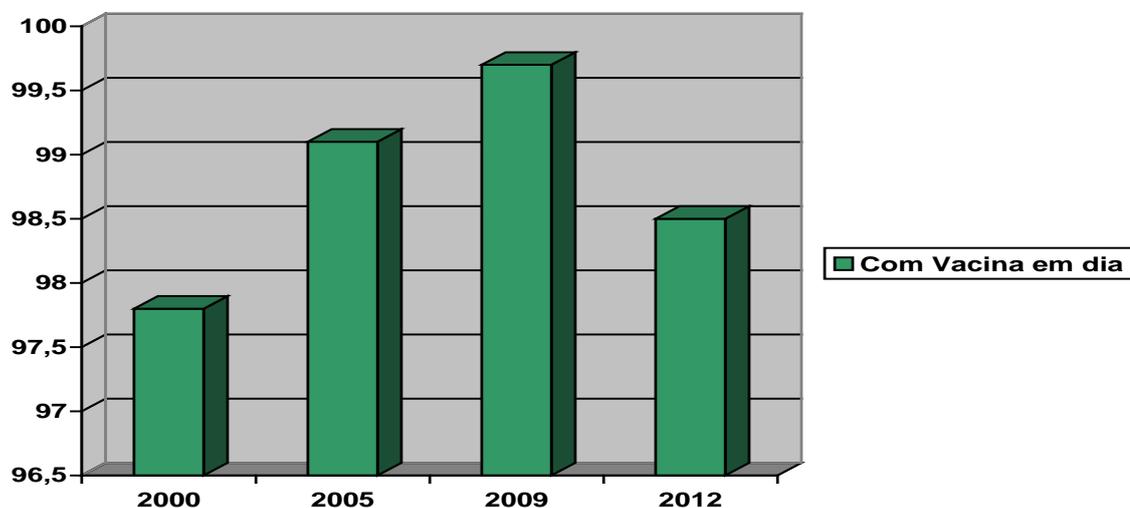
V – Estudo sobre Cobertura de Crianças com esquema vacinal básico em dia.

Tabela 5 – Crianças com o esquema vacinal básico em dia, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

| | 2000 | 2005 | 2009 | 2012 |
|----------------------------|------|------|------|------|
| | % | % | % | % |
| Crianças com vacina em dia | 97,8 | 99,1 | 99,7 | 98,5 |

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – DATASUS/MS e SMS/Lagoa Santa

Gráfico 5 – Percentual de Crianças menores de 2 anos com esquema vacinal em dia, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.



As crianças devem ter seus cartões de acompanhamento da vacinação em dia, pois assim estarão protegidas de várias doenças imunossuprimíveis e poderão ter uma vida mais saudável. Vemos que a cobertura vacinal no município está muito boa em todos os anos avaliados, pois está acima do mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde que é de 95%. Isso demonstra um bom trabalho do PSF, entretanto, observamos uma leve queda de 1,2 pontos percentuais, quando comparamos os anos de 2009 e 2012. É importante que as equipes estejam atentas para desenvolverem as ações adequadas para que o resultado deste indicador não se torne insuficiente.

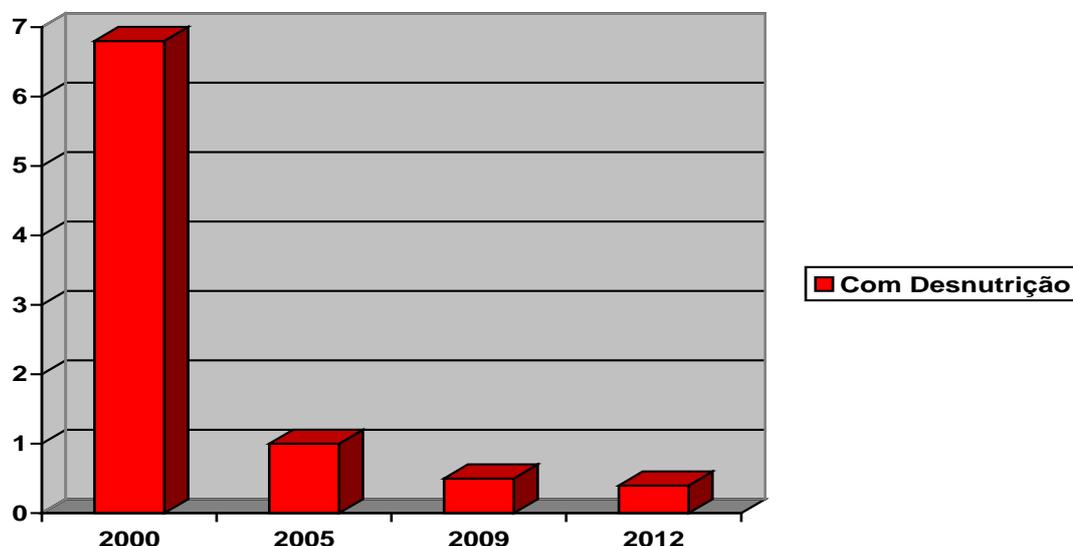
VI – Estudo sobre Prevalência da Desnutrição em Crianças menores de 2 anos.

Tabela 6 - Desnutrição em crianças menores de 2 anos, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

| | 2000 | 2005 | 2009 | 2012 |
|--------------------------|------|------|------|------|
| | % | % | % | % |
| Crianças com desnutrição | 6,8 | 1,0 | 0,5 | 0,4 |

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – DATASUS/MS e SMS/Lagoa Santa

Gráfico 6 - Percentual de crianças menores de 2 anos com desnutrição, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.



Aqui podemos apontar outro bom resultado que a estratégia saúde da família vem apresentando. Houve uma grande diminuição do indicador de crianças menores de 2 anos com desnutrição entre os anos avaliados, passando de 7,0% no ano 2000, para 1,0%, 0,5% e 0,4%, respectivamente nos anos de 2005, 2009 e 2012. Esse indicador nos mostra que as ações educativas desenvolvidas pelos profissionais da equipe do PSF e a melhoria no acompanhamento da puericultura foram efetivas, contribuindo para a diminuição deste indicador.

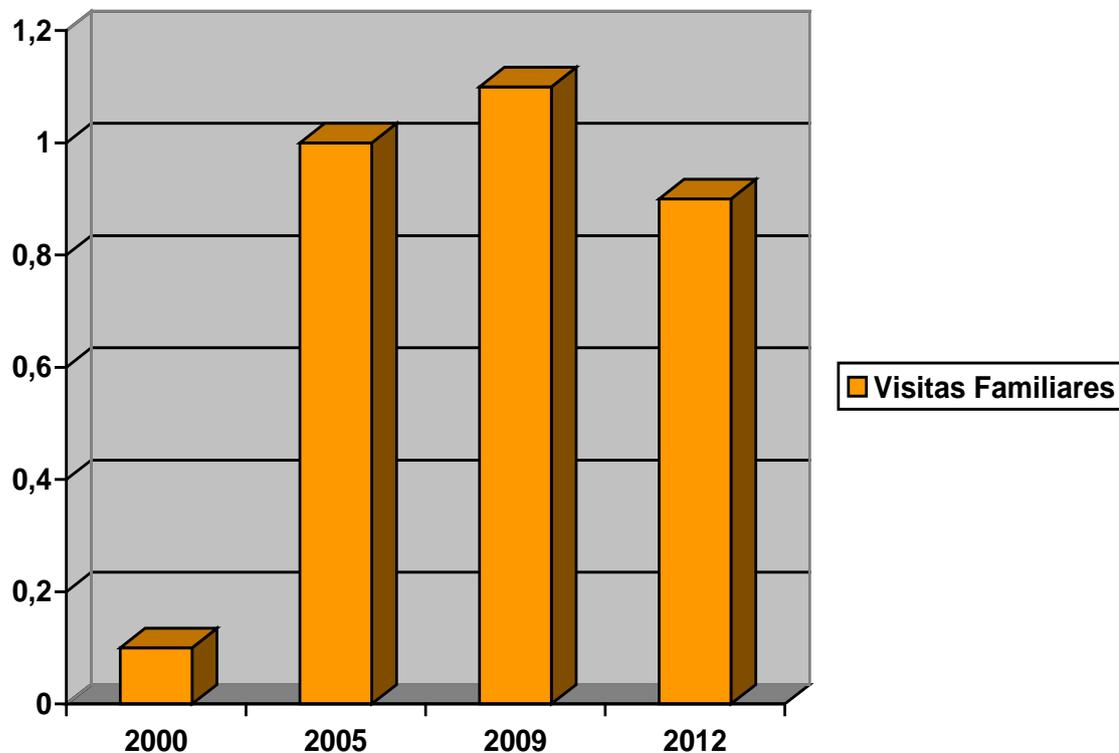
VII – Estudo sobre Média Mensal de visitas familiares.

Tabela 7 – Média Mensal de Visitas familiares realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

| | 2000 | 2005 | 2009 | 2012 |
|--------------------|------|------|------|------|
| | % | % | % | % |
| Visitas Familiares | 0,1 | 1,0 | 1,1 | 0,9 |

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – DATASUS/MS e SMS/Lagoa Santa

Gráfico 7 – Comparativo da Média Mensal de Visitas realizadas pela Estratégia Saúde da Família, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.



O indicador, Média de Visitas Familiares, apresentou um aumento com o decorrer dos anos, mudando de 0,1 no ano 2000 para 1,0; 1,1; e 0,9, nos anos de 2005, 2009 e 2012, respectivamente. É importante ressaltar que o MS preconiza uma média de 1,0 visita por família por mês, realizada pelo ACS. Portanto, o resultado apresentado pelo programa no município de Lagoa Santa está dentro do parâmetro definido, e demonstra um envolvimento da equipe do PSF com a população e o conhecimento da proposta do Programa Saúde da Família que exige o cumprimento desse objetivo tão importante para o sucesso do programa.

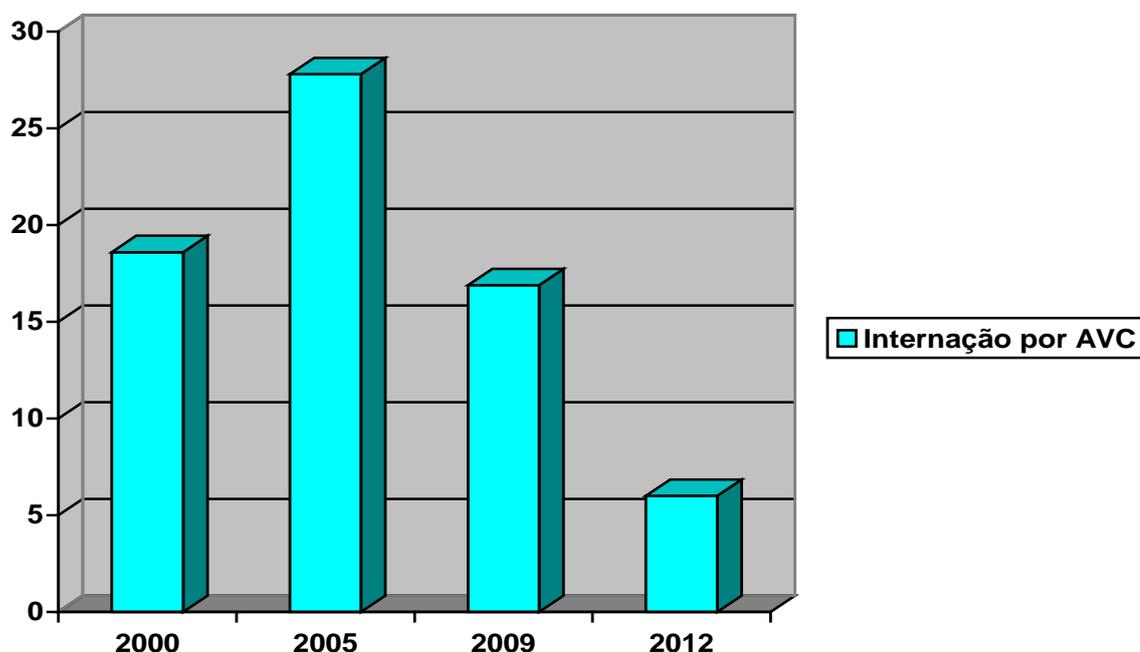
VIII – Estudo sobre Taxa de Internação por AVC (Acidente Vascular Cerebral).

Tabela 8 – Taxa de Internação por Acidente Cerebral Vascular, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

| | 2000 | 2005 | 2009 | 2012 |
|--------------------|------|------|------|------|
| | % | % | % | % |
| Internação por AVC | 18,6 | 27,8 | 16,9 | 6,0 |

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – DATASUS/MS e SMS/Lagoa Santa

Gráfico 8 – Comparativo entre Taxas de Internação por Acidente Vascular Cerebral, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.



Em relação ao indicador, Taxa de Internação por AVC, que reflete a ocorrência de complicações resultantes da falta de um tratamento para controle da hipertensão e manutenção da pressão arterial em níveis controlados, podemos ressaltar que, apesar do aumento de 18,6 para 27,8 nos anos de 2000 para 2005, vem ocorrendo uma tendência positiva com a queda nos valores nos anos de 2009 e 2012 como demonstram os resultados obtidos de 16,9 e 6,0 respectivamente.

Como o MS preconiza que este indicador não deve passar de 10 ou 12%, podemos considerar que o resultado no município melhorou e agora está em um nível satisfatório.

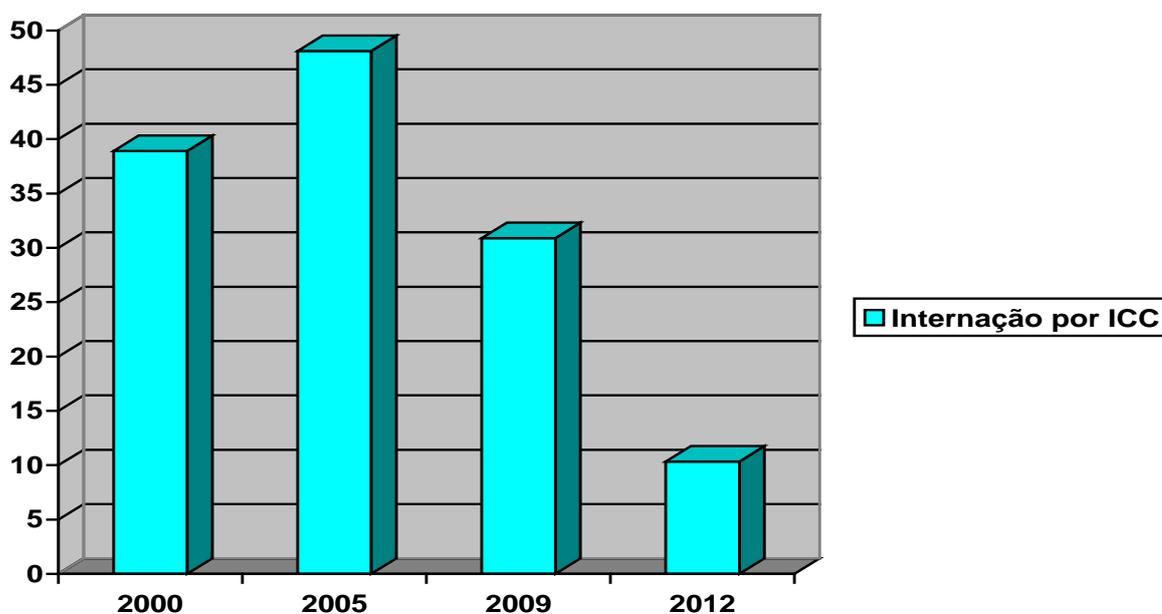
IX – Estudo sobre Taxa de Internação por ICC (Insuficiência Cardíaca Congestiva).

Tabela 9 – Taxa de Internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

| | 2000 | 2005 | 2009 | 2012 |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | % | % | % | % |
| Internação por ICC | 38,9 | 48,1 | 30,9 | 10,33 |

Fonte: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – DATASUS/MS e SMS/Lagoa Santa

Gráfico 9 – Comparativo entre Taxas de Internação por Insuficiência Cardíaca Congestiva, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.



Este é mais um indicador que deve ser utilizado para avaliar se o programa saúde da família está sendo satisfatório para o controle da hipertensão dos pacientes residentes nas áreas de abrangência dessa estratégia.

Como podemos observar a Taxa de Internação por ICC, no ano 2000, foi de 38,9 e teve um aumento significativo para 48,1% no ano de 2005, mostrando que poderia estar ocorrendo uma deficiência na execução de ações voltadas para o controle da hipertensão. Entretanto, quando analisamos esta taxa nos anos de 2009 e 2012 podemos ver que ocorreu uma queda e o indicador passou para 30,9% e 10,3% sucessivamente. A queda no resultado de 2012 pode ser considerada como sucesso do programa, mas os esforços para o controle da hipertensão não podem ser abandonados, pois este indicador não deve nunca ultrapassar o índice de 25 pontos percentuais, como ocorreu anteriormente.

X – Estudo sobre a Taxa de Incidência de Tuberculose Pulmonar

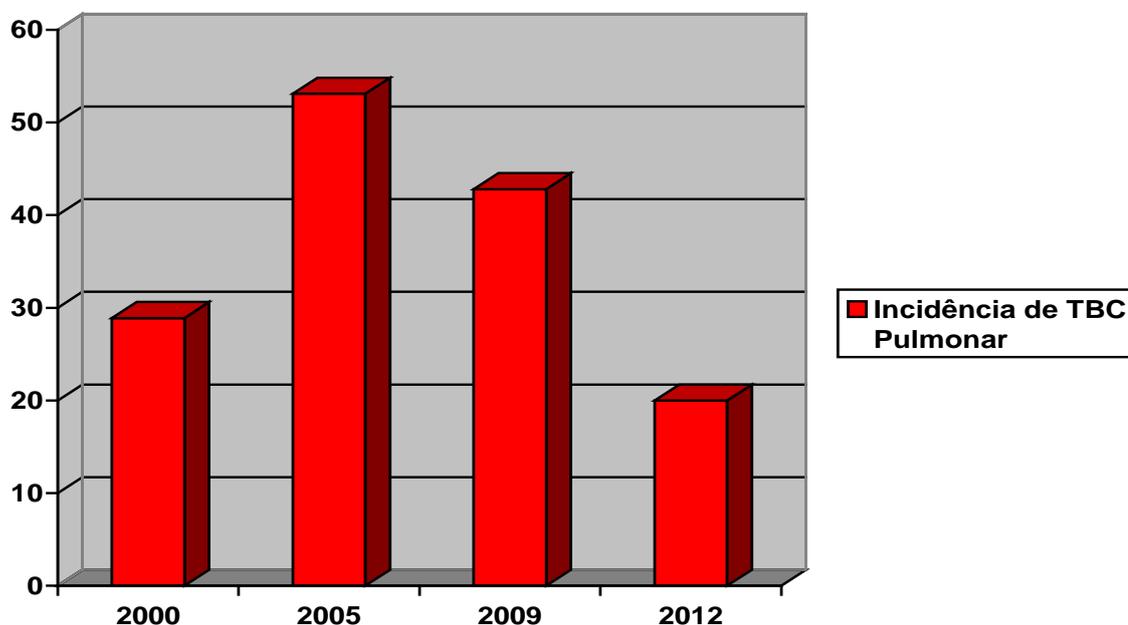
Outro indicador, como a Taxa de Incidência de Tuberculose Pulmonar pode ser considerado importante para a Avaliação de Desempenho da Estratégia Saúde da Família, entretanto, no levantamento deste indicador obtivemos os seguintes resultados no Pacto da Atenção Básica.

Tabela 10 – Taxa de Incidência de Tuberculose Pulmonar, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.

| | 2000 | 2005 | 2009 | 2012 |
|----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | % | % | % | % |
| Incidência de TBC Pulmonar | 28,9 | 53,1 | 42,8 | 20,0 |

Fonte: Pacto da Atenção Básica – DATASUS/MS e SMS/Lagoa Santa

Gráfico 10 – Comparativo de Taxas de Incidência de Tuberculose Pulmonar, em Lagoa Santa, nos anos de 2000, 2005, 2009 e 2012.



Na Taxa de Incidência de Tuberculose entre os anos de 2000, 2005 e 2009, ocorreu um aumento significativo de 2000 para 2005, cujas incidências foram, respectivamente, de 28,9 para 53,1 com uma pequena queda, passando para o percentual de 42,8 no ano de 2009. Já no ano de 2012, observa-se uma queda significativa, com um resultado de incidência de TBC Pulmonar de 20,0.

O aumento no resultado dos anos de 2000 e 2005 nos remete a pensar no avanço da doença, entretanto, também pode nos levar a imaginar que, com a implantação do programa saúde da família, os casos de TBC existentes anteriormente, e que não eram identificados, passaram a ser detectados pelo serviço de saúde. Como houve queda nos anos de 2009 e 2012, podemos pensar num controle melhor da doença. Entretanto, a Taxa de Incidência esperada, segundo a OMS, para a Tuberculose é de 48 novos casos para cada 100.000 habitantes, e o resultado no ano de 2012 ficou muito abaixo deste valor, o que pode significar que a detecção de novos casos não vem sendo satisfatória.

Os indicadores apresentados anteriormente compõem um grupo de indicadores definidos como importantes para serem avaliados e contribuem para a avaliação de impacto do PSF em Lagoa Santa.

É importante que sejam avaliados e comparados periodicamente a fim de embasar tecnicamente as decisões da gestão de saúde em relação à manutenção ou não do programa no município.

9 CONCLUSÃO

Tendo como base esta Avaliação de Desempenho da Estratégia Saúde da Família de Lagoa Santa no período de 2000 a 2012, aqui apresentada, podemos dizer que os indicadores analisados demonstram que, desde a implantação, o programa vem trazendo melhorias na qualidade de saúde e de vida da população coberta e vinculada à estratégia.

Dentre as melhorias de saúde e vida, verificamos o incremento significativo em relação ao acompanhamento da gestante com o aumento da cobertura de consultas de pré-natal e o aumento do percentual de gestantes com sete ou mais consultas. O aleitamento materno vem sendo estimulado entre as nutrizes, sendo constatado aumento no percentual de crianças com aleitamento exclusivo de leite materno. Em relação ao acompanhamento da criança, ocorreu a redução da mortalidade infantil por diarreia e uma melhoria na manutenção da vacinação em dia entre as crianças menores de um ano, além da diminuição da desnutrição entre crianças de até dois anos de vida. Ainda, em relação às condições de saúde da população, tivemos a diminuição das taxas de internação por AVC e ICC que significam uma melhoria no controle da hipertensão. A média de visitas domiciliares mensais acontece dentro do padrão exigido pelo Ministério da Saúde em locais onde a Estratégia Saúde da Família foi implantada, o que leva a uma maior interação da equipe profissional com a comunidade a ser assistida.

Entretanto, em relação ao controle da tuberculose nos anos avaliados podemos observar que o trabalho ainda precisa melhorar.

Como pode ser verificado, com este trabalho, o Programa Saúde da Família, em Lagoa Santa, tem sido positivo para os residentes do município e deve continuar sendo a estratégia utilizada para organização da Atenção Básica e o enfrentamento dos problemas de saúde da população.

Mas, devido ao aumento anual da população, resultado dos novos nascimentos e da vinda de pessoas de outros municípios, a gestão municipal da saúde deverá realizar programações periódicas de aumento no número de equipes para a manutenção de

100% da população coberta pelo programa para que não ocorra a diminuição da cobertura da população pelo programa.

Portanto, devido a este constante crescimento populacional e à necessidade constante de melhoria da saúde geral da população, a gestão deve sempre incrementar o programa com a implantação de novas equipes de saúde da família que tenham como população máxima adstrita cerca de 3.000 habitantes, para que a estratégia seja eficaz.

Esperamos que, com a manutenção da cobertura do PSF, os indicadores aqui estudados e outros, que também poderão ser avaliados, continuem a apresentar melhorias e continuem refletindo os benefícios para a saúde que a população tem recebido com esta estratégia.

10 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Dayse Santos de. **A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde: Um novo paradigma?** Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aguiardsm.pdf>>. Acesso em 10/08/2013.

ANDRADE, Eli lola Gurgel et al. **Análise de situação da Economia da Saúde no Brasil: Perspectivas para a estruturação de um centro nacional de informações.** 1 ed., COOPMED, Belo Horizonte, 2004.

AZEVEDO, Antonio Carlos de. **Avaliação de desempenho de serviços de saúde.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 1991, vol.25, n.1, pp. 64-71. ISSN 0034-8910.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988. Institui o Estado Democrático Brasileiro. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 19/08/2013.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 19/08/2013.

BRASIL. Lei Federal n. 8.080, de 19 set. 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em 19/08/2013.

BRASIL. Lei Federal n. 8.142, de 28 dez. 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em 11/08/2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: Instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Informes técnico-institucionais. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Recife, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a13v03n2.pdf>>. Acesso em 10/09/2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Documento final da comissão de avaliação da atenção básica. Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003.Out. 2003-A. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf>. Acesso em 19/08/2013.

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 mar. 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2FprtGM648_20060328.pdf&ei=h3xlUs6aEqLi2wW1ooDABA&usq=AFQjCNHKjil-wBXiyR5sZWPTjJHPpKQGQ&sig2=PO59UHbTS4YHKEuOxXimrw>. Acesso em 18/08/2013.

BRASIL. Portaria n. 1.172, de 15 jun. 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>>. Acesso em 19/08/2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projeto de Pesquisa**. São Paulo, Atlas 2002 p.16,42.

GIL, Célia Regina Rodrigues. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em 27/08/2013.

KLIGERMAN, Débora Cynamon et al. **Sistemas de indicadores de saúde e ambiente em instituições de saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007, vol.12, n.1, pp. 199-211. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232007000100023&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 20/07/2013.

LAGOA SANTA. Prefeitura Municipal. **Informações sobre a Cidade de Lagoa Santa**. 2013. Disponível em: <http://www.lagoasanta.mg.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=266&Itemid=99>. Acesso em: 28 nov. 2013.

MATTAR, Fauze. **Pesquisa de marketing**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

NERO, Carlos. **O que é Economia da Saúde**. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (orgs.) **Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde**. 3 ed., IPEA, p. 5-21. Brasília, 2002.

OLIVEIRA, Ana Katarine Pessoa; BORGES, Djalma Freire. **Programa de Saúde da Família: uma avaliação da efetividade com base na percepção dos usuários**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 369-389, mar/abr. 2008.

OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD4QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F2224&ei=n31IUVGtNeG62AXdsoGwAw&usq=AFQjCNEHrzIDxvy7E2R999eS8W8NIB487w&sig2=5BDxm5gZfcxt2WuFtFXZfq>>. Acesso em: 01/09/2013.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti de; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Marcela L. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/15.pdf>>. Acesso em 03/09/2013.

PEREIRA, João. **Glossário de Economia da Saúde.** In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães (orgs.) **Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde.** 3 ed., IPEA, p. 271-292. Brasília, 2002.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: Teoria e Prática.** Editora Guanabara & Koogan, Rio de Janeiro, 1995.

POLANCKYK, Carisi Anne; TOSCANO, Cristiana Maria. **Avaliação Econômica em Saúde: Desafios para gestão no Sistema Único de Saúde.** 1 ed., Editora do Ministério da Saúde, Brasília, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_aval_econom_saude.pdf>. Acesso em: 22/07/2013.

REMOR, Lourdes de Costa; et al. **Indicadores de Saúde como Apoio à Gestão do Sistema de Saúde.** *Revista Científica Internacional*, ano 3, n. 15, set./nov. 2010.

ROLIM, Cristina Lúcia Rocha Cubas. **Avaliação da efetividade do tratamento hospitalar do acidente vascular cerebral agudo no Sistema Único de Saúde - SUS - utilização da mortalidade hospitalar como Indicador de desempenho.** Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

SOARES, Darli Antônio et al. **Epidemiologia e Indicadores de Saúde.** In: ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antônio; CORDONI JR, Luiz (orgs.). **Bases da Saúde Coletiva.** EDUEL, Londrina, 2001.

SZWARCWALD, Célia Landmann; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. **Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional.** *Revista Ciência Saúde Coletiva*. 2006, v. 11, n. 3, pp. 643-655. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232006000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12/04/2013.

UGÁ, Maria Alicia Dominguez. **Instrumentos de Avaliação Econômica dos Serviços de Saúde: Alcances e Limitações.** In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA,

Solon Magalhães (orgs.) **Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde**. 3 ed., IPEA, p. 208-226. Brasília, 2002.

VIACAVA, Francisco et al. **Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.4, pp. 921-934. ISSN 1413-8123.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. **Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18s0/13800.pdf>>. Acesso em 24/08/2013.