

Antônia Gomes Ramalho

**Avaliação dos resultados do Programa Saúde da Família no
município de Novo Cruzeiro-MG, sob a ótica dos indicadores
de Saúde da Criança**

Teófilo Otoni/ Minas Gerais

2010

Antônia Gomes Ramalho

**Avaliação dos resultados do Programa Saúde da Família no
Município de Novo Cruzeiro-MG, sob a ótica dos indicadores
de Saúde da Criança**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista sob orientação de Ângela Maria de Lourdes D. de Lima.

Teófilo Otoni/ Minas Gerais

2010

Antônia Gomes Ramalho

**Avaliação dos resultados do Programa Saúde da Família no
Município de Novo Cruzeiro-MG, sob a ótica dos indicadores
de Saúde da Criança**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família da Universidade
Federal de Minas Gerais, para obtenção do
certificado de especialista sob orientação
Ângela Maria de Lourdes D. de Lima.

Banca Examinadora

Prof. _____ UFMG

Prof _____ UFMG

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2010

Lista de Tabelas e Gráficos

Tabela 1 - População do município de Novo Cruzeiro -1991 a 2009	13
Tabela 2 - Comparação da extensão territorial do município de Novo Cruzeiro com algumas cidades	
Tabela 3- Cobertura vacinal em menores de um ano, no período de 2001 - 2005, município de Novo Cruzeiro-MG	26
Gráfico 1: Porcentagem de nascidos vivos de baixo peso ao nascer, no período de 2000 a 2005, no município de Novo Cruzeiro-MG	18
Gráfico 2: Porcentagem de óbitos infantis no período de 2000 a 2005, no município de Novo Cruzeiro-MG	19
Gráfico 3: Número de gestantes com mais de seis consultas pré-natal por ano no período de 2000 a 2005 no município de Novo Cruzeiro-MG	21
Gráfico 4: Comparação entre o percentual de nascidos vivos com mais de seis consultas pré-natais em relação ao número de recém-nascidos de baixo peso ao nascer, no período de 2000 a 2005, no município de Novo Cruzeiro-MG	22
Gráfico 5: Taxa de internação de crianças menores de cinco anos de idade por infecção respiratória aguda, no período de 2000 a 2007, no município de Novo Cruzeiro-MG	23
Gráfico 6: Taxa de internação de crianças menores de cinco anos de idade por doença diarreica aguda, no período de 2000 a 2007, no município de Novo Cruzeiro-MG	24

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
<u>1.2 Objetivos</u>	10
<u>1.2.1 Objetivo geral</u>	10
<u>1.2.2 Objetivos específicos</u>	10
<u>1.3 Metodologia</u>	11
2. DESENVOLVIMENTO	13
<u>2.1 Breve histórico do Programa Saúde da Família</u>	13
<u>2.2 Sistema de saúde do município de Novo Cruzeiro</u>	14
<u>2.3 Sistemas de Informação</u>	
<u>2.3.1 Sistema de informações da Atenção Básica (SIAB)</u>	17
<u>2.3.2 Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)</u>	17
<u>2.3.3 Sistema de Informação Hospitalar (SIH)</u>	18
3. RESULTADOS	19
<u>3.1 Nascidos Vivos com Baixo Peso ao Nascer</u>	19
<u>3.2 Mortalidade Infantil</u>	20
<u>3.3 Consultas pré-natais</u>	22
<u>3.4 Internação por Infecção Respiratória Aguda</u>	24
<u>3.5 Internação por Doenças Diarréicas</u>	25
<u>3.6 Cobertura vacinal em menores de um ano</u>	26
4. CONCLUSÃO	28
5. REFERÊNCIAS	30

RESUMO

O Programa Saúde da Família foi criado com intuito de complementar as ações curativas pelas ações de promoção da saúde, prevenção e reabilitação. Contudo, a efetivação da atenção básica de saúde ainda apresenta problemas e dificuldades no monitoramento e avaliação das ações. Foi realizado um estudo exploratório em sistemas de informações da saúde, com dados referentes aos indicadores das ações desenvolvidas pelo PSF do município de Novo Cruzeiro, situado no Vale do Jequitinhonha-MG.

No período de 2000 a 2005 a taxa de recém-nascidos com baixo peso ao nascer aumentou gradativamente. Destaca-se o Sistema (SIAB) como um importante gerador de informações. A taxa de mortalidade infantil não apresentou modificações após a implantação do programa. Possivelmente, devido à ocorrência da subnotificação de casos que existia antes da implantação do PSF. Em relação ao pré-natal, o programa apresentou resultados positivos, visto que o número de gestantes que realizaram mais de seis consultas pré-natais aumentou gradativamente após a implantação do Programa. No entanto ainda está longe de alcançar os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde. As internações por Infecção Respiratória Aguda, em crianças até os 5 anos, oscilou bastante no período analisado, apresentando pouca redução, o mesmo podendo-se dizer das internações por doenças diarreicas agudas. Resultados positivos foram encontrados na cobertura vacinal das crianças da mesma idade.

O estudo destaca o grande potencial de notificação do SIAB, sugerindo uma grande quantidade de subnotificações que ocorria anteriormente. Demonstra a influência de vários fatores, como a posição geográfica, grande extensão territorial da cidade, bem como fatores socioeconômicos e culturais, que influenciaram significativamente nos resultados encontrados.

Palavras-chaves

Saúde da Família, Programa de Saúde da Família, Sistema de Informação, Atenção Básica à Saúde

ABSTRAT

The Family Health Program (PSF) was created to complement the traditional care actions with actions of health promotion, prevention and rehabilitation. However, the practice of basic care health still presents problems and difficulties in monitoring and evaluation of actions. It was conducted an exploratory study on health information systems with data relating to indicators of actions developed by the PSF of Novo Cruzeiro, situated in Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais, Brazil, with data of the population served by PSF. In the period 2000 to 2005 the rate of infants with low birth weight increased gradually. The information system of basic care (SIAB) is the most important generator of information. The infant mortality rate has not submitted modifications after deployment of the Program. Possibly due to occurrence of underreporting of cases that existed before PSF. In relation to prenatal, the program presented positive results, since the number of pregnant women who performed more than six prenatal consultations, increased gradually after starting the program. However PSF is still far from achieving the parameters recommended by the Ministry of Health. The hospitalizations for acute respiratory infection in children up to five years, fluctuated greatly over the period analyzed, showing little reduction. The same can be said of hospitalizations for acute diarrheal diseases. Positive results were found in vaccination coverage of children the same age. The study highlights the great potential of notification on nowadays information system (SIAB), suggesting significant amount of underreporting of cases, previously. The study demonstrates the influence of various factors, such as geographical position, great territorial extension of the village, as well as socioeconomic and cultural factors, which could significantly had influenced the results.

Key words: Family Health, Family Health Program, Information System, Basic Health Care

1. Introdução

Como forma de reorganizar a atenção primária no Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Surgiu no cenário brasileiro, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente curativo e hospitalocêntrico, por um modelo sintonizado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalidade, equidade, hierarquização e integralidade da atenção.

O Modelo foi criado com intuito de substituir as ações curativas pelas ações de prevenção e promoção da saúde. Nos últimos anos, houve uma maior expansão de cobertura do Programa de Saúde da Família, no entanto, não tem ocorrido um processo de monitoramento e avaliação de forma sistemática do programa e dos resultados deste nas ações de prevenção e promoção da saúde, principal quando se refere aos municípios de pequeno porte.

Com a municipalização do sistema de saúde, o responsável maior pelo monitoramento e fiscalização são os gestores municipais de saúde e o conselho municipal de saúde, respectivamente. Entretanto, os cargos da gestão, em sua maioria são de confiança do executivo, ocupados por pessoas, muitas vezes, pouco preparadas e mal informadas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto ao conselho municipal de saúde, eles são em sua grande maioria pouco atuantes devido a vários fatores sócio-político-culturais.

As equipes de PSF, mensalmente, fornecem dados sobre a situação de saúde das famílias para as Secretarias Municipais de Saúde que por sua vez os remetem para serem consolidados pelo Ministério da Saúde. Mas, o retorno destes dados não é a contento, como também são pouco divulgados para as equipes e os gestores. Por um lado, não há um órgão do SUS que acompanhe de perto as ações desenvolvidas pelo programa de saúde da família. Por outro lado, os dados informatizados são passíveis de serem questionados quanto à sua qualidade e veracidade. Assim, o trabalho fica restrito ao preenchimento de algumas planilhas mensais, sem, no entanto, ser feita uma avaliação mais criteriosa das ações desenvolvidas pelas equipes do Programa de Saúde da Família.

O município de Novo Cruzeiro localizado no vale do Jequitinhonha-MG possui desde 2000 a estratégia de saúde da família, atualmente com 100% de cobertura. A

cidade possui cerca de 30.000 habitantes e até então nunca foi realizado um trabalho para se avaliar alguns resultados do programa no município, visto que o mesmo já se encontra em funcionamento desde o surgimento do PSF, como estratégia de reorganização do SUS.

Contudo, a efetivação da atenção básica de saúde ainda é muito problemática, apresentando dificuldades no monitoramento e avaliação das ações, com supervisão apenas informativa, sobrecarga de trabalho, burocratização dos serviços, precariedade e improvisação nas estruturas das unidades locais (HENRIQUE e CALVO, 2008). Ressalta-se que o PSF é uma das estratégias do Ministério da Saúde que reúne várias ações de iniciativas de mudança do modelo de atenção a saúde. O PSF, atualmente estaria no centro dos holofotes do Ministério da Saúde, nesta perspectiva, pergunta-se em que ponto o PSF, estaria realmente cumprindo seu papel de propulsor de mudanças de hábitos de vida, tão arraigados, da comunidade adstrita e conseqüentemente, promovendo o grande desafio de gerar saúde através da prevenção e promoção.

Considerando o exposto, este trabalho se propõe a fazer um estudo exploratório em alguns sistemas de informações da área da saúde. Sistemas estes, consolidados pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do SUS (Datasus), com dados referentes aos indicadores das ações desenvolvidas pelo PSF do município, mais especificamente indicadores de saúde da criança visto que é um dos maiores campos de atuação da atenção primária e onde os indicadores das ações se demonstram mais sensíveis a mensuração .. Com base nestes indicadores, também se propõe ao desafio de realizar uma avaliação do programa de saúde da família no município. Esta avaliação objetiva detectar os sucessos ou as falhas do processo de intervenção e utilizar os seus resultados como espelho da situação local atual, como fomento e subsídio para decisões, que possam concretizar o SUS na prática e contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar os resultados do Programa de Saúde da Família no município de Novo Cruzeiro-MG a partir da análise dos indicadores de saúde da criança, desde a sua implantação no ano de 2000.

1.2.2 Objetivos específicos

- Avaliar as mudanças ocorridas no sistema municipal de saúde propiciadas pela implantação do novo modelo;
- Comparar taxas encontradas no município com as da região e com os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde;
- Avaliar a evolução dos indicadores desde a implantação do Programa de Saúde da família;
- Fornecer informações que subsidie a tomada de decisão pela gestão municipal e fomenta a adoção de medidas de correção, para a melhoria do Programa de Saúde da Família.

1.3 Metodologia de Estudo

Este trabalho é uma pesquisa avaliativa das informações produzidas pelo programa de saúde da família, que foi implantando no ano 2000 no município de Novo Cruzeiro, situado no Vale do Jequitinhonha-MG. A pesquisa foi realizada em sistemas de informação do Ministério da Saúde que estão diretamente relacionados com o fornecimento de dados do PSF, conforme descritos abaixo:

- SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica);
- SIM (Sistema de Informação de Mortalidade);
- SISPRENATAL (Sistema de Informação do Pré-Natal)
- SIH (Sistema de Informação Hospitalar);
- SIS/PNI (Sistema de informação do Programa Nacional de Imunização)

Dos sistemas foram coletados os dados referentes aos indicadores de saúde da criança, apresentados a seguir:

- Número de crianças baixo peso ao nascer.
- Mortalidade infantil.
- Cobertura de pré-natal com mais de seis consultas de pré-natal.
- Hospitalizações por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade.
- Hospitalizações por doenças diarreicas agudas em menores de cinco anos de idade
- Avaliação de Cobertura Vacinal em Menores de um ano.

Os dados foram coletados, posteriormente procedeu-se a tabulação e consolidação dos mesmos em tabelas e gráficos com o intuito de se obter uma visão do cenário em questão. Em seguida, foram organizados em ordem cronológica, com a finalidade de acompanhar a evolução dos resultados dos indicadores de saúde da criança, ao longo dos anos, desde a implantação do PSF até o momento atual. Após a consolidação foi realizada uma análise dos indicadores comparando as taxas encontradas no município, com as taxas da região e usando como parâmetro as metas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Buscou-se, a princípio, comparar os indicadores anteriores e posteriores a implantação do Programa, no entanto, os registros encontrados são a partir do ano 2000,

ano de implantação do programa até o período de 2007. Para alguns indicadores avaliados foram encontrados registros apenas até o ano de 2005.

2. Desenvolvimento

2.1 Breve Histórico do Programa de saúde da Família

Na segunda metade da década de 90, a política de saúde no Brasil apresentou uma importante e significativa mudança. Após vários anos privilegiando a atenção hospitalar e a busca de instrumentos orçamentários e mecanismos financeiros que viabilizassem o pagamento de serviços prestados por hospitais contratados pelo SUS, a Atenção Básica passou a ser área de concentração de esforços, programas e investimentos, com a criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos em base per capita.

Em 1987, foi desenvolvido no Estado do Ceará, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado inicialmente como “frentes de trabalho” em uma conjuntura de seca, o programa estadual, com recursos financeiros dos fundos especiais de emergência destinados pelo governo federal. Em 1991, a experiência bem-sucedida do Ceará estimulou o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), implantado, inicialmente, na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte (MINISTERIO DA SAUDE e FUNDACAO OLVALDO CRUZ, 2005).

Finalmente, em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde com o propósito de orientar a organização da atenção básica no país, no sentido de garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e equidade, priorizando grupos populacionais do Sistema Único de Saúde – SUS (Ministério da Saúde, 2008b).

O Programa Saúde da Família, proposto pelo Ministério da Saúde, conforme ressalta Silva (2003) não tem origem recente, ao contrário, provém de experiências anteriores, as quais possibilitaram a construção, o aperfeiçoamento e a expansão desse novo paradigma de atenção à saúde. Foi idealizado pra aproximar os serviços de saúde da população, com prioridade para as atividades preventivas, mas sem prejuízo dos serviços assistenciais (MINISTERIO DA SAUDE, 2003). Foi em um contexto de ajuste fiscal e reformas setoriais na saúde que o programa ganhou ampla aceitação nacional, com o objetivo de superar os limites do modelo vigente, particularmente na esfera municipal (HENRIQUE E CALVO, 2008).

2.2 O Sistema de saúde do Município de Novo Cruzeiro

Novo Cruzeiro, localizado no vale do Jequitinhonha, se emancipou em 1917, é uma das regiões mais pobres do mundo, onde se encontra os menores níveis de escolaridade e de condições socioeconômicas, cujo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), está entre os 62 piores para se viver dentre os 853 municípios de Minas Gerais.

A cidade possui 31.319 habitantes e área territorial de 1.701 km² em 2009, ocupando o 78º lugar em extensão territorial no estado. Possui densidade demográfica de 18 habitantes/km². A população do município permaneceu praticamente estável desde 2000, o que pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 1 - População Município de Novo Cruzeiro -1991 a 2009

1991	1996	2000	2007	2009
30.7480	26.433	30.453	30.331	31.319

Fonte: IBGE, 2010

Tabela 2 - Comparação da Extensão territorial do município de novo Cruzeiro com algumas cidades

Município	População estimada em 2009	Área territorial/km ²	habitantes/km ²
Novo cruzeiro	31.319	1.701	18,5
Itaipé	12.072	481	25
Teófilo Otoni	130.517	3.243	40,3
Belo Horizonte	2.452.617	333	7.365

Fonte: IBGE, 2010

A comparação acima foi estabelecida com o intuito de demonstrar a vasta extensão territorial do município e a baixa densidade demográfica, fatores que contribuem para a dificuldade de acesso das famílias as unidades de saúde, uma vez que, do seu número total de habitantes, 21.000 vivem dispersos na zona rural.

O modelo hospitalocêntrico na cidade vigorou por bastante tempo, estando em consonância com o modelo vigente nas demais cidades brasileiras. O sistema de saúde municipal era constituído por um hospital de pequeno porte, em torno de 50 leitos, os

casos que demandavam uma atenção de maior complexidade, eram referidos para o município de Teófilo Otoni-MG, cidade referencia que está situada há uma distância de 120 km. Juntamente com o hospital existia um posto de saúde que só servia como um ponto de apoio para fazer pré-atendimento pela equipe de enfermagem, os pacientes eram encaminhados para serem atendidos no hospital, independentemente da patologia apresentada. Este mesmo local, posteriormente veio a funcionar como uma unidade de saúde, onde se fazia atendimentos de pacientes de todo o município, contando apenas com um médico. Por volta de 1997, também foi construído no município uma policlínica municipal, que abarcou toda a demanda de pacientes da cidade. Nesta unidade realizava-se tanto atendimento clínico como especializado em diversas áreas, procedimentos ambulatorial, atendimento de pacientes com hanseníase e tuberculose. A rotatividade de profissionais médicos era demasiada. Havia uma enfermeira responsável por esta unidade.

Finalmente no início do ano 2000, idealizou-se a implantação do Programa de Saúde da Família. Foram implantadas oito equipes de saúde da família, uma em cada comunidade que contasse com o maior aglomerado de pessoas. Assim, o programa se estruturou com seis equipes na zona rural e duas na zona urbana. O município, então, desde a implantação do PSF teve 100% cobertura, mesmo que, em algumas unidades estivessem com o número de famílias além do preconizado pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2005, após a mudança de governo as unidades foram fechadas de janeiro até outubro, quando, então, foram reabertas as mesmas oito equipes mantendo a cobertura de 100% das famílias. Neste período, de fechamento das unidades, o atendimento ficou centralizado na policlínica municipal, onde havia simultaneamente o atendimento clínico e especializado. Atualmente, para que as equipes pudessem ser enquadradas nos parâmetros do Ministério da Saúde, com relação ao número de equipes por família, foram implantadas mais duas equipes, perfazendo um total de 10 equipes no município. Além destas unidades a rede de saúde do município conta com a policlínica municipal ainda em funcionamento e o hospital municipal. Nos fins de semana quando os PSFs e a policlínica estão fechados, a população é atendida no hospital.

O hospital atende os casos de urgência ou encaminhamentos realizados pelas unidades de saúde de acordo critérios clínicos do médico, pois no município ainda não existem protocolos médicos, quanto aos de enfermagem estão em processo de

elaboração Os casos que não tem resolutividade no município são encaminhados para a cidade de Teófilo Otoni, cidade sede da macrorregião e referência microrregional de Novo Cruzeiro.

A policlínica atende as especialidades médicas de pediatria, cardiologia, ginecologia, psiquiatria, urologia e ortopedia. O fluxo de contra referência destes especialistas para as unidades ainda está sendo organizado pela gestão atual.

A organização da atenção básica está delegada à gestão municipal e os repasses dos recursos federais são automáticos, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), fixo e variável.

O Pacto pela Saúde e o termo de compromisso foi assinado pelo gestor da saúde e pelo prefeito municipal na Gerência Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, entretanto, os profissionais de saúde não tiveram acesso ao conteúdo das pactuações.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) foi realizada pelo gestor municipal de saúde juntamente com o coordenador da atenção básica, processo onde foram estabelecidas as metas a serem alcançadas pelo município no período de um ano. No ano passado, a gestão municipal aderiu ao Plano Diretor de Regionalização (PDR), para a reestruturação da atenção básica, por meio da capacitação dos profissionais, do levantamento da realidade local e do restabelecimento de metas. Essa primeira etapa foi cumprida por meio de oficinas e no momento a rede já se encontra na segunda etapa do processo, o de monitoramento..

A composição dos recursos humanos da atenção básica do município é a seguinte: 79 agentes comunitários de saúde, 19 técnicos de enfermagem, 14 enfermeiros, destes 10 são dos PSFs, dois trabalham na policlínica municipal, um coordenador da atenção básica e outro coordenador da epidemiologia, 16 médicos, sendo 10 da atenção básica e seis especialistas.

2.3 Sistemas de Informação

Este capítulo descreve e conceitua os sistemas de informação que foram utilizados para coletar dados do município. Os sistemas de informação como o próprio nome diz produzem dados, indicadores e conhecimento acerca da saúde da população. (MINISTERIO DA SAUDE, 2004b). Um trabalho do porte do que é desenvolvido em todo país pelo Programa de Saúde da Família tem gerado uma quantidade significativa

de dados, que se bem trabalhados possibilitam aportes epidemiológicos, assistenciais, etc. para colaborar no processo de gestão da saúde.

2.3.1 Sistema de informações da Atenção Básica (SIAB)

O SIAB é um sistema de informação desenvolvido pelo Ministério da Saúde, que permite o registro de diversas informações relativas à saúde da população coberta e do andamento das atividades das equipes. |Permite, ainda avaliações do trabalho realizado, do seu impacto na organização do sistema e na saúde da população. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2001). Ele também é um sistema de informação territorializado, que possibilita a criação de indicadores referentes às áreas de abrangência do Programa, cujos dados são agregados por profissionais das equipes de saúde da família, coletados em âmbito domiciliar e das unidades básicas das áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pelo PSF.(MINISTERIO DA SAUDE, 2005). Essas informações disponíveis baseiam-se no cadastro das famílias acompanhadas e incluem dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e culturais, além dos relativos à morbidade e à mortalidade.

O SIAB produz relatórios que auxiliam as equipes das unidades básicas de saúde e aos gestores municipais a acompanharem e avaliarem a qualidade do trabalho desenvolvido. (MINISTERIO DA SAUDE, 2003).

2.3.2 Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

O SIM é o mais antigo sistema de informação de saúde em funcionamento no país. Foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1975 e dispõe de dados consolidados a partir de 1979. Sua implementação é realizada com o apoio do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), sediado na Faculdade de Saúde Pública da USP, que atua como referência nacional para informações sobre mortalidade. A operacionalização do Sistema se dá pela coleta e preenchimento da declaração de óbito (MINISTERIO DA SAUDE, 2008).

É essencial o conhecimento dos óbitos ocorridos na área de abrangência do serviço de saúde, para avaliação da ocorrência de eventos-sentinelas, como morte de crianças por causas evitáveis e identificação das oportunidades perdidas de intervenção

pelos serviços de saúde, de modo a reorientar as práticas de assistência e evitar novas ocorrências (MINISTERIO DA SAUDE, 2005).

2.3.3 Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

O SIH/SUS foi concebido para operar o sistema de pagamento de internações aos hospitais contratados pelo Ministério da Previdência. Em 1986, foi estendido aos hospitais filantrópicos; em 1987, aos universitários e de ensino; e, em 1991, aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais. Reúne informações sobre 60 a 70% das internações hospitalares realizadas no país. São disponibilizados dados individualizados sobre o diagnóstico de internação e de alta, codificados pela Classificação Internacional de Doenças (CID).

A abrangência do SIH está limitada as internações no âmbito do SUS, excluindo, portanto, as que são custeadas diretamente ou cobertas por seguro-saúde. O sistema dispõe de informações sobre as principais causas de internações no Brasil, mensalmente em cada hospital, município e estado, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade e o tempo médio de permanência dos pacientes no hospital. Suas informações favorecem as atividades de controle, avaliação e vigilância epidemiológica em âmbito nacional, além de permitir os estudos e pesquisas em saúde pública (MINISTERIO DA SAUDE, 2008).

Este sistema, também, permite identificar crianças internadas por patologias de importância, de modo que a unidade de saúde possa manter a continuidade da assistência após alta hospitalar e se organizar para a vigilância em saúde da criança, já que estas devem ser consideradas crianças de maior risco para morbimortalidade (MINISTERIO DA SAUDE, 2005).

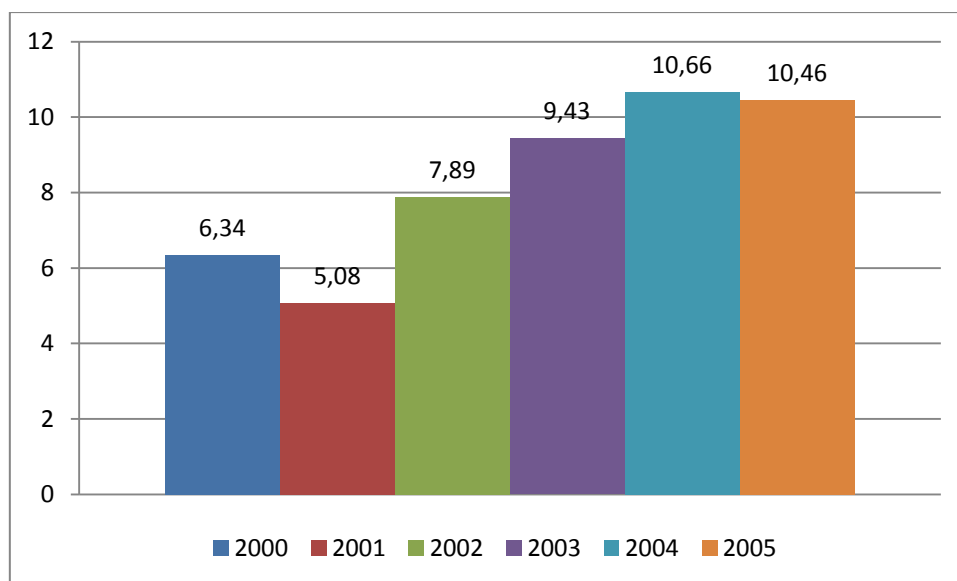
3. Resultados e Discussão

Neste capítulo, estão os indicadores analisados durante o período de 2000 a 2005 e alguns até 2007, onde os dados do município estavam disponíveis. Iniciou-se pela avaliação dos reflexos do programa de saúde da família no percentual de nascidos vivos de baixo peso ao nascer, exatamente por esta ser uma das áreas de maior atuação do programa e onde suas ações têm condições de repercutirem com maior nitidez neste indicador. Até o momento, o que se pode observar, através da representação gráfica abaixo, é que as ações desenvolvidas pelo programa ainda não apresentou influência de forma positiva nesse indicador.

3.1 Nascidos Vivos Baixo Peso

Gráfico1

Porcentagem de Nascidos Vivos Baixo Peso no Período de 2000 a 2005 no Município de Novo Cruzeiro-MG



Fonte: DATASUS, 2010

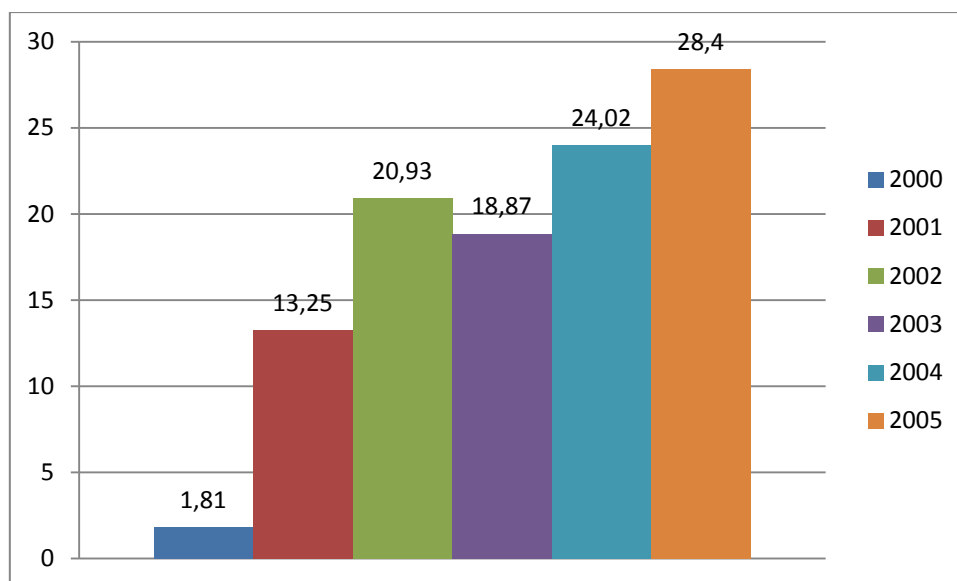
Na avaliação dos dados apresentados acima, observa-se no ano de 2000 a porcentagem de 6,34% passando para 5,08% em 2001, com uma queda na taxa dos recém-nascidos, posterior a essa data a porcentagem aumentou gradativamente. Vale destacar, que o SIAB é um dos primeiros programas a dar importância a este tipo de informação, como um marcador de referência para a assistência pré-natal, bem como

um indicador da condição sócio-econômica da comunidade local. Um dos motivos que explicaria o aumento do número de recém-nascidos de baixo peso é exatamente a expansão de cobertura do PSF, uma vez, que esta informação passou a ser registrada pelo programa. A partir da implantação até a cobertura total das comunidades este número passa a ser mais fidedigno, aumentando na proporção que se aumenta a cobertura do programa no município. Talvez em um período amostral maior pudessemos avaliar com maior precisão o impacto do PSF na melhoria deste indicador. Necessitando de uma avaliação longitudinal a longo prazo.

3.2 Mortalidade Infantil

Gráfico 2

Porcentagem de Óbitos infantis no Período de 2000 a 2005 no Município de Novo Cruzeiro-MG



Fonte: DATASUS, 2010

A taxa de mortalidade infantil é estabelecida por meio do número de crianças mortas até um ano de idade para cada mil nascidas vivas e representa importante

indicador das condições de vida, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

Por meio da análise dos números acima a implantação do PSF não apresentou modificações positivas no indicador de mortalidade infantil. Estudos realizados na região nordeste por Roncalli e Lima (2006) demonstram resultados pouco significativos, o qual a proporção de mortalidade infantil foi de 6.1% nos municípios sem cobertura de PSF contra 5.2% dos que estavam cobertos pelo programa. Melhores resultados foram observados em um trabalho realizado em Sobral-CE, por Silva (2003), no qual o PSF conseguiu reduzir a mortalidade neonatal e pós-neonatal em dois pontos percentuais, em sete anos de criação do programa). De forma geral, o Estado de Minas Gerais apresentou redução de 6,5% do percentual de óbitos infantis, no período de 2002 a 2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Em nível nacional a redução é ainda maior, de 9,9% no mesmo período avaliado para o estado. Os resultados encontrados no município se equiparam aos da Região Nordeste na qual não houve redução da mortalidade no período avaliado de 2002 a 2004. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

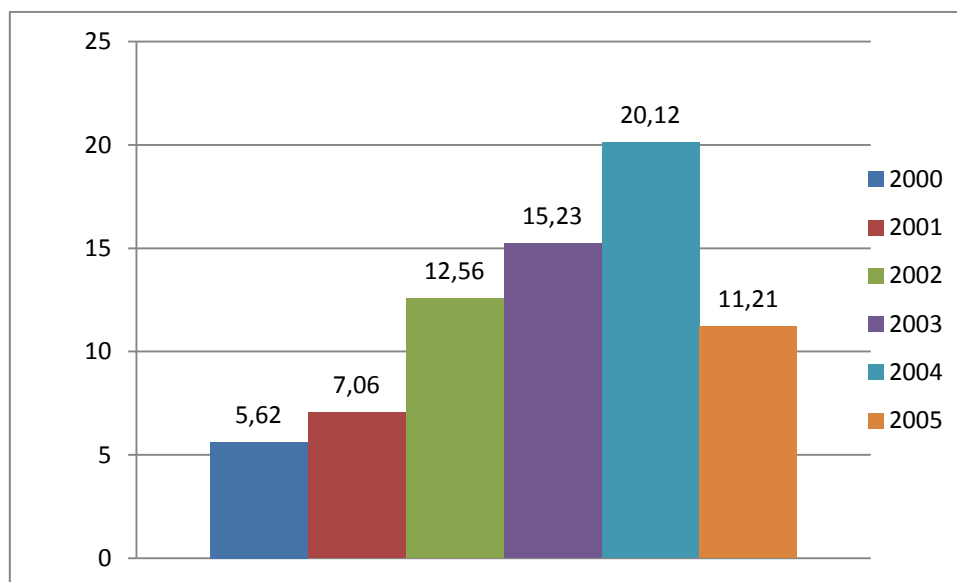
Portanto, podem-se ter duas hipóteses para analisar esses resultados. A primeira, poderia apontar que, somente a estratégia do PSF não esta sendo suficiente para reduzir a taxa de mortalidade infantil no município de Novo Cruzeiro, necessitando do apoio de outras estratégias como maior investimento em saneamento básico, melhoria no nível de escolaridade da população, redução da pobreza e das desigualdades sociais, fatores geralmente associados à mortalidade infantil (MINISTERIO DA SAUDE, 2005)

Outra hipótese que também poderia justificar esta inversão nos dados do Gráfico dois é provavelmente, análoga a citada anteriormente, qual seja, a ocorrência da subnotificação de casos que existiam antes do implantação do PSF, pois este programa é um dos maiores responsáveis pela alimentação desse sistema de informação.

3.3 Consultas de Pré-Natal

Gráfico 3

Percentual de Nascidos Vivos de mães com mais de 6 consultas pré-natais por ano no período de 2000 a 2005 no Município de Novo Cruzeiro-MG



Fonte: DATASUS, 2010

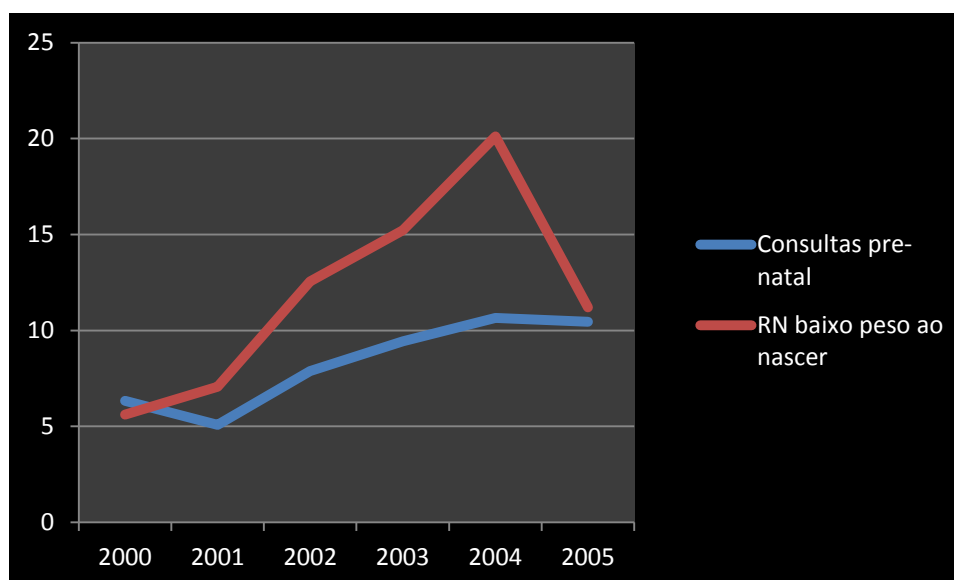
Na avaliação do gráfico, o programa de saúde da família apresentou resultados positivos, ao passo que o número de gestantes que realizaram mais de seis consultas pré-natais aumentou gradativamente após a implantação do programa, elevando de 5,62 para 20,12 em quatro anos. Podemos ilustrar ainda mais a participação positiva do PSF, quando analisamos o ano de 2005 que apresentou uma redução brusca de 8,91 no quantitativo de consultas, ano em que as unidades de PSFs ficaram fechadas no município devido a reestruturação dos órgãos públicos em consequência da transição de governo municipal.

Apresentando-se como um item satisfatório em relação ao programa de saúde da família, visto que o mesmo permite uma assistência pré-natal de maior qualidade, facilitando a busca ativa das gestantes precocemente pelo agente comunitário de saúde e, portanto, proporcionando o aumento do número de consultas. A análise dos dados apresenta coerência com a expansão do programa de saúde da família no município, no entanto mesmo com o aumento do número de consultas de pré-natal o número de recém-nascidos baixo peso aumentou.

Pode se observar concomitantemente, através do gráfico abaixo, que o número de gestantes com mais de seis consultas de pré-natal, são inversos ao aumento do número de recém-nascidos baixo peso. Esta análise denota uma deficiência na qualidade pré-natal, necessitando, portanto de pesquisas mais aprofundadas neste sentido. Como pode ser visualizado no gráfico abaixo.

Gráfico 4

Comparação entre o Percentual de Nascidos Vivos com Mais de 6 Consultas Pré-Natal e o número de RN baixo peso ao nascer no Período de 2000 a 2005 no Município de Novo Cruzeiro-MG



Fonte: DATASUS, 2010

O percentual de gestantes com mais de sete consultas de pré-natal na Região Sudeste, na qual este município se insere, no período de 2000 a 2004, foi de 64% (MINISTERIO DA SAUDE 2006). Neste trabalho, mesmo se levando em conta o percentual de gestantes com mais de seis consultas, observa-se que, as cifras ficaram bem aquém dos resultados encontrados na Região Sudeste. Mesmo comparando os resultados com os da Região Norte do país, onde se encontram os percentuais mais baixos (28%), os percentuais de gestantes que fizeram mais de seis consultas pré-natais no município de Novo Cruzeiro ainda é muito baixo. Como já relatado anteriormente, o município é muito extenso geograficamente, e mesmo com todas as comunidades

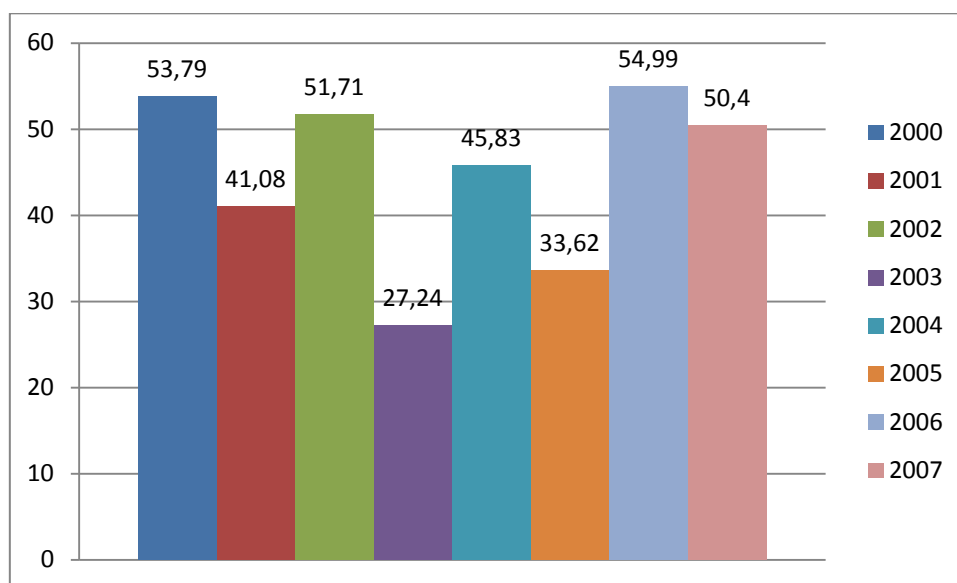
cobertas pelo Programa de Saúde da Família, o acesso das famílias as unidades é prejudicado pelas grandes distâncias, sendo com certeza, um fator contributivo para estes achados, dentre fatores socioculturais, como: falta de planejamento familiar, gravidez na adolescência, baixo nível de escolaridade etc.

A gestão municipal necessita veementemente investigar minuciosamente suas causas e combatê-las para que as gestantes possam ter mais acesso às consultas de pré-natal e que as mesmas possam, também, surtir efeito na redução do nascimento de crianças baixo peso.

3.4 Internação por Infecção Respiratória Aguda

Gráfico 5

Taxa de internação de crianças menores de 5 anos de idade por Infecção respiratória Aguda no Período de 2000 a 2007 no Município de Novo Cruzeiro-MG



Fonte: DATASUS, 2010

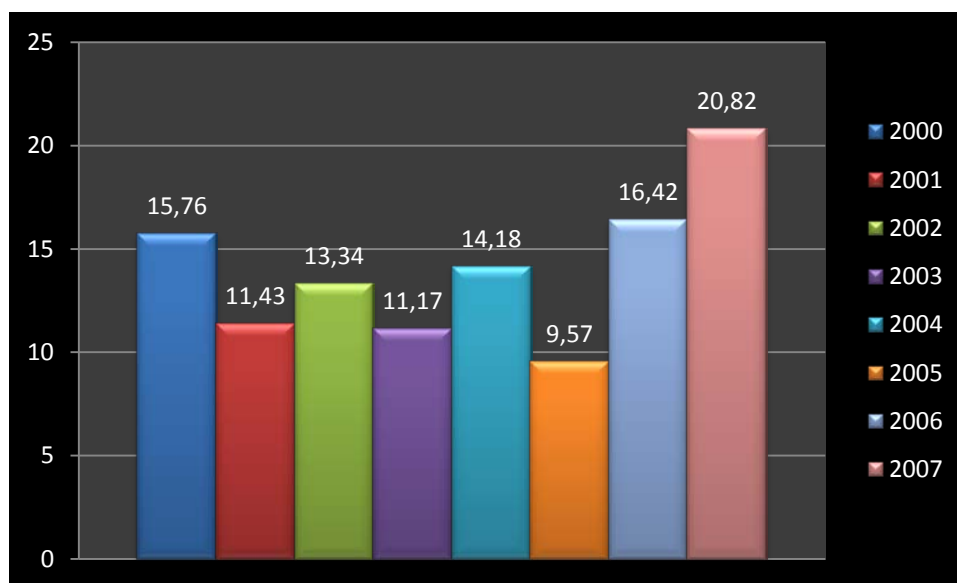
As internações por infecção respiratória aguda oscilaram bastante no período analisado, apresentando pouca redução ao longo do período. Resultados parecidos também foram encontrados na região nordeste no trabalho realizado por Roncalii e Lima (2006), onde foram encontrados taxas de 22.4% em municípios sem cobertura, em relação a 20.9% nos municípios que possuíam cobertura de PSF. Já o estudo de Silva (2003), em Sobral (CE), afirma que a partir de 2001 não houve nenhum registro de óbito por infecção respiratória aguda, fato este creditado à organização da atenção à saúde, em especial ao Programa Saúde da Família.

É importante lembrar que as infecções respiratórias agudas são doenças consideradas sensíveis a atenção primária, ou seja, esses casos, em sua grande maioria, deveriam ser resolvidos nas unidades do programa. A prevenção e o tratamento precoce reduzem significativamente o número de internações, achados como estes denotam fragilidade na atenção primária. Portanto, faz-se necessária maior intensificação das ações do programa de saúde da família nas ações de busca ativa de casos e tratamento precoce desta patologia, fomentar ações de promoção e prevenção de casos, bem como capacitação dos profissionais da área, no tocante as infecções do trato respiratório.

3.5 Internações por Doenças Diarreicas

Gráfico 6

Taxa de internação de Crianças menores de 5 anos de idade por Doenças Diarreicas Aguda no Período de 2000 a 2007 no Município de Novo Cruzeiro-MG



Fonte: DATASUS, 2010

Os resultados em relação à taxa de internação por doenças diarreicas, também não apresentou resultados positivos, crescentes e duradouros, após a implantação do PSF. Em contrapartida, nos estudos de Roncalii e Lima (2006), realizados na região nordeste do país a taxa de internação por diarreia em crianças menores de 5 anos foi significativamente menor nos municípios com cobertura de PSF ou PACS, situando-se em 11,0%, em detrimento aos 19,4% em áreas não cobertas por nenhum programa. A

diarréia e um dos indicadores mais sensíveis da atenção primária, seu aumento indica ineficácia das ações do programa de saúde família. Assim, torna-se veemente a tomada de medidas para mudanças urgentes de estratégias dentro da PSF, com o intuito de reduzir a manutenção de percentuais tão altos de diarréia em crianças menores de cinco anos de idade.

Ao examinar mais atentamente os dados, observa-se o maior decréscimo nas taxas no ano de 2005, não somente, neste nesta análise, mas na maioria dos gráficos. Ano em que ocorreu a transição de governo municipal, após o início de mandato, no período de janeiro a outubro de 2005 as unidades do programa ficaram fechadas sem funcionamento, ocorrendo neste período, possivelmente um número exacerbado de subnotificações. Ilustrando a importância do programa de saúde da família como um grande gerador de informações que retratam fielmente a situação de saúde das comunidades por ele abrangidas.

3.6 Avaliação de cobertura vacinal em menores de um ano 2001 a 2005 no município de Novo Cruzeiro-MG

Imunobiológicos	2000	2001	2002	2003	2004	2005
BCG (BCG)	- 108.1	96.7	89.7	94.0	88.7	
Contra Febre Amarela (FA)	- 115.2	54.4	72.1	71.8	78.6	
Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	- 54.3	21.9	0.7	-	-	
Contra Hepatite B (HB)	- 61.9	80.0	86.6	82.7	79.6	
Contra Sarampo	- 81.2	58.5	0.1	-	-	
Dupla Viral (SR)	-	-	-	-	-	-
Oral Contra Poliomielite (VOP)	- 66.9	76.8	95.5	88.6	79.2	
Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP)	- 64.3	94.9	98.2	98.6	95.9	
.w3w30Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP)	- 79.7	93.2	102.2	98.1	88.8	
Oral de Rotavírus Humano (RR)	-	-	-	-	-	-
Tetavalente (DTP/Hib) (TETRA)	-	- 53.1	92.4	88.6	79.6	

Fonte: SI/PNIs

No Sistema de referentes a cobertura vacinal do Ministério da saúde não foram encontrados dados referentes ao ano de 2000. Os dados mais recentes encontrados foram do ano de 2005, reduzindo a possibilidade de uma leitura mais precisa para se avaliar o desempenho do programa. No entanto, o que se pode observar de forma mais panorâmica, na tabela acima é que as taxas estão melhorando gradativamente e

possivelmente tendo como fator desencadeante as ações desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família.

Segundo o Ministério da Saúde (2005) a meta de imunização para a vacina BCG e de 90%, 100% para a vacina de febre amarela em áreas endêmicas ou áreas de transição, como no caso do município em questão e 95% de cobertura para os demais imunobiológicos. Como se pode ver a na tabela acima, a cobertura para BCG foi atingida em todos os anos avaliados, em contraposição as taxas para vacinação de febre amarela. Estes achados demonstram que deve haver uma preocupação maior em se descobrir a causa de coberturas tão baixas desta vacina com o intuito de combatê-las, bem como intensificar ações de busca ativa dos faltosos pelos profissionais do Programa de Saúde da Família.

4. Conclusão

Através deste estudo pode-se destacar o grande potencial de notificação do SIAB, programa agrega dados fornecidos pelo PSF, uma vez que foi observado a inversão dos dados após a implantação do programa, que ao contrário do que se esperava, aumentaram ao invés de decrescerem. Revelando uma grande quantidade de subnotificações que ocorriam anteriormente. Almeja-se fazer uma nova avaliação com um período mais longo para que se possa mensurar a real dimensão dos resultados das ações das ações desenvolvidas pelo Programa de Saúde da Família. Produzindo dados que possam espelhar fidedignamente situação de saúde das famílias e que contribuam para a construção de um planejamento mais sólido para subsidiar tomadas de decisões futuras.

O município de Novo Cruzeiro se encontra em uma posição geograficamente desfavorável em virtude de sua grande expansão territorial, aliado a uma baixa densidade demográfica. E ainda com praticamente 70% da sua população amplamente dispersa na zona rural. Esta constatação leva a convicção de que as famílias tenham o acesso prejudicado nas unidades de saúde, mesmo que o município apresente 100% de cobertura pelo programa, as famílias vivem muito dispersas e em localidades longínquas fato que pode ter grande significância nos achados deste estudo. Ressaltando uma vez a importância da acessibilidade como um fator preponderante para que se efetivem as ações do programa.

Um dos fatores que contribuíram significativamente nos resultados são as características socioeconômicas e demográficas da cidade, como escassez de saneamento básico, elevado índice de pobreza e analfabetismo, visto sua localização em uma das regiões mais pobres do mundo, como o Vale do Jequitinhonha.

Espera-se que os achados possam ser utilizados como subsídio pelos gestores municipais com o intuito de sensibilizar as esferas estaduais e federais quanto a esta peculiaridade deste município, para que se possa repensar os valores financeiros repassados ao município, respeitando o princípio da equidade e não o da igualdade, assim como manda o SUS.

Esta pesquisa não foi capaz de mensurar o impacto do programa nos indicadores de saúde da criança, devido, possivelmente a uma exacerbada quantidade de

subnotificações que ocorriam anteriormente, ofuscando os resultados positivos alcançados. Portanto abrindo uma lacuna para que novas pesquisas sejam realizadas tanto em relação à qualidade das ações desenvolvidas pelos profissionais do programa, uma vez que este aspecto não foi contemplado na pesquisa, sendo este um fator importantíssimo também, para a mudança nos indicadores de saúde, quanto quantitativamente de forma que se possam mensurar os indicadores usando como base os resultados obtidos nesta. Assim as subnotificações afetarão menos efeito nos resultados posteriores.

O estudo constata também que na cidade do Jequitinhonha o PSF ainda não é suficiente, o bastante para melhorar os níveis de saúde da população, sendo, portanto, imprescindível a adoção de medidas que visem melhorias nos níveis de escolaridade, condições de saneamento básico e demais fatores socioeconômico da população, para que o PSF possa alcançar seus objetivos, uma vez que estas condições já são sabidamente conhecidas, como condicionantes e determinantes da saúde.

Espera-se que estes achados sirvam de ferramentas para fomentarem uma maior alocação de recursos e mudança de estratégias no âmbito do PSF com intuito, para que o mesmo possa atender seus objetivos que são a prevenção de doenças e promoção da saúde.

5. Referências

HENRIQUE; CALVO, M C M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, Abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>. Acesso em: 20 out. 2009.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações**. 2ª ed. Brasília, DF, 2008. 349p.

Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de Indicadores do SUS**. Brasília, DF, 2006.56p

Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. **Saúde da Família: Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos. Síntese dos Principais Resultados** 2ª ed. Brasília, DF,.2005.210p.

Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. 1ª ed. Brasil, DF, 2005.80p

Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. 1ª ed. Brasil, DF, 2005.80p

Ministério da Saúde. **Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002**. Brasília, DF, 2004.140p

Ministério da Saúde. **Sistemas de informações sobre mortalidade (SIM) e nascidos vivos (SINASC) Para Profissionais do Programa de Saúde da Família**. 2ª ed. Brasília, DF, 2004. 40p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. 1ª ed. Brasília, DF, 2003. 96p

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do sistema de informação de atenção básica**. 1ªed. Brasília, DF, 2003. 96p.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001. 128p.

ROCHA, P M *et al* . Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009 Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 25 out. 2009.

RONCALLI, Â G; LIMA, K C de. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006 . Disponível em: <[http:// < www.scielosp.org/scielo](http://www.scielosp.org/scielo)>. Acesso em: 20 out. 2009.

SILVA, A M C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002**. Dissertação (Doutorado)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003