



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Michelle Lima Pereira

**Construção de indicadores de saúde da USF Parque Novo Rio
do município de São João de Meriti**

Rio de Janeiro

2016

Michelle Lima Pereira

**Construção de Indicadores de saúde da USF Parque Novo Rio do
município de São João de Meriti**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em
Saúde da Família, a Universidade Aberta
do SUS.

Roberto José Adrião Povoleri Fuchs

Rio de Janeiro

2016

SUMÁRIO

1. Introdução	05
2. Revisão de Literatura	07
3. Justificativa	12
4. Objetivos	13
5. Metodologia	14
5.1 Público Alvo	14
5.2 Desenho da Operação.....	14
6. Discussão e Resultados	16
7. Conclusão	18
Anexo	20
Referências	21

RESUMO

A atenção básica é conhecida por defender o conceito de uma medicina que cura, previne, promove e reabilita a saúde. Necessita-se na prática de um diagnóstico individual, familiar e comunitário apurado. Para este último é indispensável que as informações da comunidade sejam sabidas e analisadas, observando-se demandas, propondo-se ações. Na Clínica da Família Parque Novo Rio, constatou-se uma deficiência na tradução dos parâmetros sobre a comunidade em demandas e um desconhecimento dos profissionais sobre os indicadores de saúde. Tais são excelentes aliados no diagnóstico comunitário, no planejamento de ações e no acompanhamento evolutivo. A premissa para isso é que os profissionais conheçam seus conceitos e relevância, sabendo produzi-los, transformando-os em dados para uma medicina eficaz. Este é um projeto de intervenção sobre o uso dos indicadores de saúde na prática da atenção básica, objetivando-se a criação de uma tabela de indicadores de saúde padrão a ser distribuídas às unidades do município de São João de Meriti. No plano de elaboração propõe-se a capacitação dos profissionais das equipes de saúde quanto a aplicação prática dos indicadores. Pretende-se com esse projeto contribuir para um diagnóstico comunitário de qualidade, potencializando-se o planejamento de ações voltadas para a melhoria da saúde da comunidade assistida.

Descritores: Atenção básica; Indicadores de saúde; Serviços de saúde comunitária.

1. INTRODUÇÃO

Este é um projeto de intervenção, vinculado ao curso de especialização em saúde da família, oferecida pela Universidade aberta do SUS, sobre o uso dos indicadores de saúde na prática da atenção básica na Clínica da Família Parque Novo Rio, situada no município de São João de Meriti no estado do Rio de Janeiro.

Por muito tempo a medicina pautou-se quase que apenas no aspecto individual e curativo, muitas vezes empírico, negligenciavam-se aspectos coletivos, de promoção da saúde e sua prevenção. Porém, havia a necessidade crescente de se basear condutas em evidências. Assistência a saúde viu-se rodeada de questionamentos. Como evitar que as doenças ocorram? Seria possível antever riscos a saúde? As condições da comunidade influenciam a saúde individual? Como tem evoluído o estado de saúde da população? A análise dos aspectos populacionais e de prevenção em uma realidade que almejava por tais respostas não poderia ser mais ignorada.

No Brasil, por meio da Reforma Sanitária, na década de 70, houve a introdução do conceito de integralidade o qual propunha, enfim, acabar com tal dicotomia: o indivíduo seria analisado no seu contexto biopsicossocial, integrando ações e serviços, não só individuais e curativos como ainda preventivos e coletivos. A integralidade da assistência veio a se tornar um dos princípios doutrinários do SUS (Sistema Único de Saúde), tendo sua aplicabilidade mandatória na medicina da atenção básica.

O diagnóstico comunitário demonstrou-se, quando bem aplicado, capaz de fornecer dados preciosos no planejamento de ações, pautadas em evidências, que visam a assistência mais eficaz da população. Para isso, além de uma fonte fidedigna de informações, necessita-se de uma forma de traduzi-las em uma linguagem técnica, a fim de refletir a realidade da saúde, propiciando uma estratégia de ação mais eficiente. A aplicação dos indicadores de saúde, o método tradutor e norteador, é uma forma poderosa de se alcançar tais objetivos.

Contudo, na prática da atenção básica, percebeu-se uma ignorância importante de seus profissionais acerca do conceito e aplicabilidade dos indicadores de saúde. Observou-se que, apesar de buscarem ativamente as informações sobre a comunidade, o fazem apenas para preencher as fichas do SIAB, sem as converter

em planejamento prático, muitas vezes desconhecendo tal possibilidade. O uso dos dados populacionais apenas para um uso burocrático, além de implicar uma assistência a saúde deficiente, desmotiva os profissionais.

Como mudar esta realidade? Tal questionamento foi a motivação para este projeto de intervenção.

2. Revisão de Literatura

A definição mais conhecida de saúde foi feita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença”. Percebe-se então que a verdadeira saúde requer o bem-estar universal do indivíduo o que inclui também a sua comunidade e o território em que vive. A medicina da família deve ser empregada com o objetivo de melhor entender a pessoa, a família e a comunidade que assiste, antevendo problemas, prevenindo-os e propondo intervenções, não se limitando a medidas curativas. Nesse contexto o uso do estudo epidemiológico torna-se necessário.

Analisando-se o cunho vernáculo da palavra epidemiologia tem-se que esta se deriva do grego e significa algo como “estudo do que ocorre em uma população” (SOARES, et al., 2001).

Epidemiologia é a ciência que estuda o processo saúde-doença em uma determinada população, analisando a distribuição populacional, fatores determinantes das enfermidades e os danos à saúde, fornecendo dados populacionais a fim de determinar o planejamento, administração e avaliação das ações de saúde. Propondo-se medidas de prevenção, controle e erradicação de doenças (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 1992).

Percebe-se, então, que a fonte do estudo epidemiológico é a população assistida, por meio de um diagnóstico comunitário, o qual é essencial para que atenção básica exerça bem a sua finalidade. Portanto, dominar o conceito e aplicabilidade da epidemiologia é um requisito intrínseco do exercício de uma medicina de família que preze pela qualidade.

Ter acesso às informações e dados populacionais é o primeiro passo para o diagnóstico comunitário, salientando as características das doenças existentes, das causas de óbitos, da distribuição etária e de serviços de saúde. Tais dados que visam traduzir a realidade de uma população são os chamados indicadores de saúde. Segundo Dias et al.(2007): “(...) são representantes, traduções dos fenômenos, que queremos conhecer e acompanhar, numa linguagem técnica que nos convém e têm a capacidade de nos informar acerca do seu estado e das suas mudanças relevantes”.

Na década de 50 a OMS (Organização Mundial da Saúde) propôs 12 indicadores: Saúde (incluindo condições demográficas); Alimentos e nutrição; Educação (incluindo alfabetização e ensino técnico); Condições de trabalho; Situação de emprego; Consumo e economia gerais; Transporte; Moradia (incluindo saneamento e instalações domésticas); Vestuário; Recreação; Segurança social; Liberdade humana. No estudo em questão nos referimos aos indicadores de saúde.

Após se transformar a realidade observada em uma linguagem técnica traduzida nos indicadores de saúde, o segundo passo é analisar a aplicabilidade de tais dados. Eles são capazes de indicar qual a problemática populacional e suas ameaças futuras, determinando-se além das necessidades de saúde, as demandas de serviços e intervenções necessárias. Por fim apontam se as condutas foram efetivas, quais as necessidades de investigação, se os recursos de saúde tem qualidade e quais os subgrupos mais vulneráveis.

Desta forma, os indicadores de saúde tem uma aplicação ampla: não só apontam o problema e a intervenção necessária, como ainda avaliam se tal conduta foi efetiva, indicando a qualidade de recursos e as demandas de investigação. Aplicando-se na prática da medicina da família, seus profissionais serão capazes de conhecer as enfermidades de sua população, participando ativamente das ações de prevenção e promoção da saúde, constatando necessidades de recursos, estando aptos a cobrar dos gestores. Além disso, atuarão também em casos com potencial epidêmico como surtos de doenças (DIAS; FREITAS; BRIZ, 2007).

Sabida sua aplicabilidade, faz-se importante saber seus critérios de elegibilidade. Um indicador de qualidade deve ter as seguintes características: validade, sendo a capacidade de medir apenas o fenômeno que se pretende; confiabilidade deve reproduzir resultados iguais quando aplicado em condições similares; disponibilidade, os dados para o cálculo do indicador devem ser de fácil acessibilidade; simplicidade, fácil para os usuários da informação, efetuar seu cálculo, análise e interpretação; relevância, pois deve atender as prioridades de saúde; custo-efetividade, o tempo e os recursos usados são justificados pelos resultados obtidos pelo indicador (SOÁREZ et al., 2005).

Na prática a tradução da realidade feita pelos indicadores é matemática, por meio de valores absolutos (como a quantidade de diabéticos em um determinado território) ou por meios de valores relativos como é o caso dos coeficientes, proporções e razões. Valores absolutos são os dados mais facilmente disponíveis,

porém são incapazes de fazer comparações entre populações (uma comunidade com mais idosos não pode ser comparada com uma com mais jovens quanto a quantidade de mortes por doenças crônicas, por exemplo), assim seu uso é muito limitado podendo ser usado em “ monitorização de doenças infecciosas quando as populações envolvidas estão restritas ao tempo e ao local” (MENEZES, 2001)

É sabido que um dos pilares do bom uso dos indicadores baseia-se no seu poder de comparar grupos distintos, valorizando a importância dos valores relativos (coeficientes, proporções e taxas) que atentam para aspectos como tamanho, distribuição etários e de gêneros das populações analisadas.

Coeficientes analisam o risco ou probabilidade de um determinado evento (doença, morte ou nascimento, por exemplo) ocorrer em uma população. O numerador é composto pelo número de eventos na população e o denominador pelo número de indivíduos da população aptos a serem acometidos pelo evento, incluindo os já acometidos por este, assim o denominador apresenta os indivíduos acometidos (numerador) acrescido dos indivíduos não acometidos. Nem sempre o denominador inclui toda a população, pois nem todos podem estar aptos a serem acometidos pelo evento, por exemplo, se o objetivo é calcular o risco de adoecimento por câncer de colo do útero, obviamente indivíduos do gênero masculino não serão incluídos.

Um dos riscos mais importantes na prática é o risco de uma população adoecer por uma determinada enfermidade, o coeficiente que o calcula chama-se morbidade.

As medidas de morbidade são: prevalência e incidência. A prevalência relaciona o número total de casos (novos e antigos) de uma determinada doença com o número de pessoas de uma população em um determinado tempo. A incidência relaciona o número de casos novos de uma determinada doença com o número de pessoas de uma população em um determinado tempo.

Tais medidas relacionam-se da seguinte forma: a prevalência depende da incidência e da duração da doença. A prevalência é igual a incidência multiplicada pelo tempo médio de duração da doença. Ela pode ainda ser afetada por outros fatores que a aumentam como a imigração ou que a diminuem como a emigração, cura e óbito.

A letalidade calcula o risco dos pacientes doentes irem a óbito por determinada enfermidade. No numerador encontram-se os indivíduos que faleceram

por determinada doença, já no denominador encontram-se as pessoas acometidas por tal enfermidade na mesma área e tempo. Pode ser um indicativo da gravidade intrínseca da doença (a raiva tem uma letalidade que beira os 100%) ou de agravos da saúde da comunidade tais como: acesso a medicamentos, saneamento básico e condições nutricionais.

A mortalidade calcula o risco de óbito dos indivíduos de uma determinada população. A mortalidade geral tem como numerador o número de óbitos no período e no denominador tem-se o número populacional estimado no meio de tal período.

Tal coeficiente não leva em conta a estrutura etária, as diferenças socioeconômicas e de gênero, logo, não é recomendado o seu uso em comparações entre populações distintas, por exemplo, uma população com maior proporção de idosos pode ter uma mortalidade geral maior do que outra população com menor proporção, porém não se pode, afirmar apenas com esses dados, que esta tem uma saúde comunitária melhor do que aquela. Afim de que sejam comparadas tais populações têm de ser padronizadas, tendo-se como referência uma população padrão: mundial ou nacional.

O coeficiente de mortalidade infantil tem como numerador o número de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade, como denominador o número de indivíduos que nasceram vivos na mesma população e período. Coeficiente muito importante para a análise das condições de saúde de uma comunidade. Já o coeficiente de mortalidade materna leva em conta os óbitos ocorridos em decorrência da gestação, no parto ou no puerpério, tendo-se no denominador o número de nascidos vivos na mesma comunidade e ano (tal dado tenta expressar o número de gestantes no período). Importante na análise da assistência a gestação e ao parto em uma população.

O coeficiente de natalidade analisa os nascimentos de uma determinada população. Tem-se no numerador o número de nascidos vivos em uma determinada população e período, e no denominador a população estimada no meio do período da mesma área.

Ao contrário dos coeficientes, as proporções não analisam riscos, contudo, são mais fáceis de serem calculadas e emitem resultados em porcentagem. As duas proporções mais utilizadas são a mortalidade infantil proporcional (relaciona as mortes de crianças menores de 1 ano de idade com o total de óbitos na população) e a mortalidade proporcional de 50 anos ou mais (também conhecida como

indicador de Swarrop e Uemura) sendo esta um excelente indicador de nível de vida correlacionando-se com o nível de desenvolvimento do país, os países desenvolvidos tem uma proporção maior que 75%, já os subdesenvolvidos tem uma proporção menor do que 25%.

Na atenção primária o maior desafio é evitar enfermidades, atenuar ou curar as já existentes por meio da promoção e reabilitação da saúde. Os indicadores devem nortear o alcance deste objetivo. Os assuntos mais relevantes neste tipo de atenção discursam sobre a saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem, do idoso, da saúde mental e de doenças muito prevalentes como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Ao se abordar a saúde da criança, destacam-se a vacinação e o aleitamento materno, o qual é capaz de reduzir em 13% as mortes por causas preveníveis em menores de cinco anos. Quanto à saúde dos adolescentes, temas como desenvolvimento puberal, saúde sexual e reprodutiva devem ser abordados, atividades educativas em escolas são uma opção.

Para a saúde da mulher destacam-se a atenção obstétrica e a atenção a casos de violência doméstica e sexual. Quanto ao homem, percebe-se que este em maioria adentra o sistema de saúde por meio da Atenção Especializada, aumentando-se a morbidade e os custos para o SUS, o desafio é tornar o seu cuidado preventivo, tendo como primeira porta de entrada a atenção primária. Acerca da saúde dos idosos, estima-se que 80% da população a partir dos 60 anos conviva com alguma doença crônica. As quedas são um problema importante nesta faixa etária, sendo as duas principais causas de morte a doença isquêmica do coração e o acidente vascular encefálico.

Ao se analisar a saúde mental, segundo dados da OMS, passarão por um episódio de depressão num período de 12 meses, 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres. Os casos mais leves da doença podem ser acompanhados na Atenção Primária, já os mais graves acolhidos nos CAPS. As doenças crônicas que mais causam internação no Brasil são a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus, sendo aquela o primeiro fator de risco de mortalidade no mundo inteiro. Tal quadro pode ser evitado ou atenuado com um diagnóstico precoce, tratamento adequado e educação para o autocuidado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

3. Justificativa

Observou-se que, embora as equipes da clínica da família Parque Novo Rio terem acesso a informações acerca da comunidade que assistem, tais dados apresentavam apenas um uso burocrático de fornecimento de dados para o SIAB (Sistema de informação da Atenção Básica), não eram interpretados, não eram traduzidos em planejamento de condutas. Além disso, constatou-se o desconhecimento importante, por parte dos profissionais, do conceito de indicadores de saúde. Tal realidade aparenta ser comum nas demais unidades do município.

Portanto, havia um uso deficiente dos parâmetros sobre a comunidade, comprometendo sua assistência.

A partir da observação da presença de parâmetros sobre a comunidade subutilizados e da dificuldade dos profissionais em mudar tal realidade, fez-se necessária a introdução do conceito de indicadores de saúde, ferramenta capaz de organizar informações das comunidades, proporcionando uma interpretação passível de ser traduzida em condutas. Desta forma o diagnóstico comunitário pode se tornar mais fidedigno e a assistência mais qualificada.

4. Objetivos

- Objetivo geral

Construir a tabela padrão de indicadores de saúde da clínica da Família Parque Novo Rio.

- Objetivos específicos

Capacitar os profissionais de saúde da Clínica da Família Parque Novo Rio a entender o conceito, a construção e a aplicação dos indicadores de saúde.

Programar condutas locais mais efetivas a partir da análise da tabela, acompanhando-se sua evolução ao longo do tempo.

Construir um modelo padrão de tabela de indicadores que possa ser usado nas demais Clínicas da Família do município de São João de Meriti.

5. METODOLOGIA

5.1 *Público-alvo*

O público alvo são os profissionais da equipe: agentes de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiro, odontologista e médico. O benefício pretendido será o melhor atendimento à comunidade a partir do momento em que há um conhecimento mais profundo e objetivo sobre ela, o que implica planejamento de condutas mais efetivas.

5.2 *Desenho da operação*

Em uma reunião rotineira com o supervisor e as médicas do PROVAB do ESF Parque Novo Rio, discutiram-se formas de tornar assistência à comunidade mais efetiva. Observando-se que no ESF não apresentava quadro de indicadores de saúde e sabendo a importância destes, fora proposto pela supervisão que cada médica criasse com sua respectiva equipe uma tabela de indicadores. Após isso, cada equipe teve sua reunião para discutir sobre o assunto. No caso da equipe 35, abordou-se, primeiramente, com os profissionais o conceito de indicadores e a sua aplicabilidade, depois fora discutido quais indicadores seriam escolhidos, bem como sua representação e distribuição. Decidiu-se em utilizar os seguintes: menores de 1 ano, crianças a partir de 5 a 9 anos, adolescentes de 10 a 19 anos, mulheres de 20 a 59 anos, homens de 20 a 59 anos, idosos (maiores de 60 anos), gestantes, hipertensos, diabéticos, acometidos por tuberculose, acometidos por hanseníase, acamados e impossibilitados, total de famílias e total de pessoas no território. Sua representação seria valores absolutos com a sua proporção acompanhada pelo ESF. Por exemplo, caso todas as gestantes do território fossem acompanhadas pelo posto, ter-se-ia o número total de gestantes (valor absoluto) seguido da proporção assistida, no caso, 100%. Além disso, cada micro área, ao todo são 10, teria os seus próprios indicadores.

Houve dois turnos nos quais toda a equipe 35 se reuniu para a montagem da tabela de indicadores. Fotografias foram usadas para representar as micro áreas, indicadores e a equipe de saúde, além de figuras representativas do brasão do

município de São João de Meriti e da saúde da família. Os indicadores seriam escritos com giz em uma superfície adequada, para que tais fossem facilmente removíveis, viabilizando a atualização mensal destes.

Uma reunião com a supervisão do PROVAB e as três equipes do ESF foi realizada objetivando-se apresentar suas respectivas tabelas de indicadores. Foi feita uma explanação sobre o assunto, com exposição pela supervisão e as médicas sobre os conceitos e a importância dos indicadores por meio de exemplos práticos, incentivando a participação dos outros profissionais a fim de construir o conhecimento em conjunto.

A partir de então, em toda reunião da equipe 35 há análise da tabela de indicadores, programa-se condutas a partir desta, uma das propostas é a criação de um grupo de gestantes. Há também o aprofundamento dos conceitos de epidemiologia e sua aplicabilidade prática. Mensalmente os indicadores são atualizados pelos agentes de saúde.

6. Resultados e Discussão

Os resultados esperados a partir deste projeto de intervenção são: capacitação dos profissionais da equipe para construção e interpretação dos indicadores de saúde, bem como formulação de condutas a partir dos resultados obtidos. Espera-se que esta prática se torne uma rotina na equipe, que a tabela de indicadores seja sempre discutida nas reuniões, havendo comprometimento em atualizá-la corretamente. Espera-se um diagnóstico comunitário mais satisfatório. Almejam-se condutas guiadas por evidências. Além disso, que o uso dos indicadores de saúde se propague nas demais clínicas da família do município por meio da distribuição de uma tabela padrão. Anseia-se pela evolução da saúde da comunidade, sendo esta mais bem atendida no seu conceito mais amplo.

O objetivo da construção da tabela padrão de indicadores de saúde na equipe 34 do ESF Parque Novo Rio foi alcançado com a participação de toda a equipe no processo de escolha e construção dos indicadores. Os profissionais foram submetidos a uma capacitação sobre epidemiologia e indicadores.

A associação da proporção de pacientes, portadores de uma determinada condição, que são efetivamente assistidos pela equipe norteia as necessidades de buscas ativas. A interpretação dos indicadores da tabela proporcionaram evidências nas quais se basearam as condutas, como por exemplo, observou-se a incidência considerável de DSTs entre as gestantes, o que norteou a criação de um evento educativo tendo estas e seus familiares e amigos como público alvo. Neste evento discutiu-se sobre tais doenças e outros aspectos relevantes do período gestacional.

Um critério de elegibilidade citado pelos autores é o de acessibilidade, ou seja, as informações para a construção dos indicadores devem ser de fácil acesso. Durante a construção dos indicadores da equipe, houve dificuldade na coleta de informações por dois motivos: os agentes de saúde são uma das principais fontes de informações do território, contudo, a equipe apresenta três micro - áreas sem um profissional oficial, além disso, algumas áreas encontram-se com um índice de violência que limita as visitas de tais profissionais. Assim, alguns valores da tabela encontraram-se desatualizados devido a estes obstáculos. Pretende-se atualizar os dados das áreas sem agentes por meio dos profissionais das outras áreas.

Outro obstáculo relevante foi a dificuldade importante, principalmente pelos agentes de saúde, de compreensão da construção matemática dos indicadores, assim como de sua interpretação. É sabido que por mais completo que seja o indicador, ele não é elegível se não for de fácil compreensão por seus usuários, assim, optou-se por usar valores absolutos na tabela, por serem de mais fácil construção e entendimento. Os indicadores de saúde de valores relativos foram apresentados de forma a ensinar sua construção e tradução, porém, a dificuldade na compreensão dos profissionais adiou seu uso na tabela neste primeiro momento. Importante salientar que o fato dos valores absolutos não permitir comparações entre áreas distintas não é ignorado pois durante as reuniões tais valores são convertidos em coeficientes ou proporções, permitindo-se a comparabilidade. Objetiva-se brevemente construir uma tabela com valores relativos por estes serem mais completos, porém a limitada compreensão dos usuários ainda retarda tal meta.

Diante de tal problemática, a execução deste projeto demonstrou que não importa a excelência dos recursos técnicos, se os recursos humanos não forem qualificados, o resultado sempre será limitado. Os agentes de saúde do município de São João de Meriti muitas vezes exercem a profissão sem terem sido submetidos a uma capacitação específica profissional, sem submissão a concursos, adentrando a profissão por meio de indicações. Muitos demonstram um desconhecimento profundo de suas atribuições, conceituam-se apenas como “marcadores de consulta”.

Este foi um projeto que a princípio pretendia potencializar a assistência a população traduzindo-a por meios técnicos, os indicadores, porém a limitação dos recursos humanos torna os resultados aquém de seu potencial. Diante desta avaliação, percebe-se que talvez a maior problemática que limita a eficácia da assistência, não seja o desconhecimento de indicadores de saúde, mas a ignorância de profissionais sobre as atribuições de sua própria profissão, para qual são pouco capacitados. Para que o uso eficaz dos indicadores de saúde se efetue, bem como qualquer outra estratégia, a principal premissa é: profissionais qualificados.

7. CONCLUSÃO

A epidemiologia pauta-se no estudo da saúde coletiva, propondo formas diagnósticas de intervenção e avaliação. A atenção básica segue os princípios doutrinários do SUS, dentre eles o de integralidade, ou seja, cuidar do paciente como um todo incluindo não só o aspecto individual, como ainda o coletivo. Eis então que para o exercício acurado da atenção básica encontra-se intrínseco o uso da epidemiologia.

É sabido que os indicadores de saúde são a forma epidemiológica de traduzir, indiretamente, por meio de uma linguagem técnica, as informações sobre a população.

Os indicadores de saúde indicam os problemas de saúde, construindo evidências nas quais passam a se basear intervenções e linhas de investigações, além de antever riscos a saúde comunitária. Também sendo capazes de avaliar as condutas feitas e os recursos de saúde disponíveis. Assim, o uso de tais indicadores faz-se necessário na prática da medicina da família.

Contudo, na prática da atenção básica observa-se, muitas vezes, indicadores de saúde pouco utilizados, alguns profissionais desconhecem sua aplicabilidade ou, até mesmo, sua existência. Assim, assistência eficaz torna-se comprometida.

Diante desta realidade, projetou-se a intervenção de aplicação dos indicadores de saúde em uma equipe do ESF Parque Novo Rio, por meio da construção de uma tabela de indicadores. Observou-se uma melhora da assistência da comunidade e da prática dos profissionais que foram capacitados.

As duas outras equipes do ESF Parque Novo Rio encontram-se motivadas a construir a tabela padrão para suas próprias equipes, assim, em um futuro breve a comparação dos territórios assistidos será facilitada. A partir da consolidação da tabela padrão por todas as equipes deste ESF, pretende-se expandir seu uso para as demais unidades do município.

Por meio deste projeto percebeu-se a demanda por um conhecimento maior sobre indicadores de saúde pelos profissionais da medicina da família, uma formação com conceitos e aplicabilidades epidemiológicas destes faz-se necessária.

Torna-se evidente, portanto, a importância da aplicabilidade dos indicadores de saúde na atenção básica. Deve-se investir na formação dos recursos humanos das equipes e na fidedignidade das informações das populações assistidas.

ANEXO

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	M	N	O	Indicadores
1	07	19	122	06	216	173	62	63	12	02	-	03	155	628	Total
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	100	100	100	% Assistida
2	02	18	42	03	181	107	43	50	09	--	-	03	226	373	Total
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	--		100	100	100	% Assistida
3	02	20	73	05	154	131	41	75	18	--	-	03	120	414	Total
	100	100	100	80	100	100	100	100	100	--		100	100	100	% Assistida
4	--	21	41	02	165	115	66	54	16	--	-	02	126	373	Total
	--	100	100	100	100	100	100	100	100	--	-	100	100	100	% Assistida
5	07	77	113	04	179	152	94	80	34	--	-	05	198	621	Total
	100	100	100	75	100	100	100	100	100	--	-	100	100	100	% Assistida
6	09	82	63	04	193	179	83	35	13	--	-	02	136	544	Total
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	--		100	100	100	% Assistida
7	04	22	65	02	121	104	45	47	08	--	-	01	106	339	Total
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	--		100	100	100	% Assistida
8	03	35	105	01	257	254	140	97	30	--	-	05	209	685	Total
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	--	-	100	100	100	% Assistida
9	04	30	68	02	137	120	65	68	17	--	-	02	127	388	Total
	100	100	100	50	100	100	100	100	100	--	-	100	100	100	% Assistida
10	03	37	73	01	140	112	45	59	08	--	-	03	133	395	Total
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	--	-	100	100	100	% Assistida

Tabela: Indicadores de Saúde Equipe 35 USF Parque Novo Rio

A: Crianças menores de 1 ano
 B: Crianças de 1 a 5 anos
 C: Adolescentes: 10 a 19 anos
 D: Gestantes
 E: Mulheres: 20 a 59 anos
 F: Homens: 20 a 59 anos
 G: Idosos: maiores de 60 anos
 H: Hipertensos
 I: Diabéticos
 J: Casos de tuberculose
 L: Casos de Hanseníase
 M: Acamados/ impossibilitados
 N: Total de famílias
 O: Total de pessoas

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M.Z. Introdução à epidemiologia moderna. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed; Salvador: APCE Produtos do Conhecimento; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

BARCELLOS, C.C.; SABROZA, P.C.; ROJAS, L.I. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, v.11, n.3, p.129-138, 2002.

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTROM, T. Epidemiologia Básica. Tradução Juracir A. Cesar. 2. ed. São Paulo: Ed Livraria Santos, 2010.

DIAS, M.D.; FREITAS, M.; BRIZ, T. Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. Rev. Port. Clin. Geral, v.23, p.439-450, jul-ago 2007.

MINISTÉRIO da Saúde. Panorâmico V.III. Painel de indicadores do SUS. Brasília-DF, jul 2010.

MENEZES, A.M.B. Noções básicas de epidemiologia. In: _____. Epidemiologia das doenças respiratórias. Rio de Janeiro: Ed Revinter, 2001. 184p.

O CONCEITO de Atenção Primária à Saúde. Fragmento de texto do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde- Ministério da Saúde. Brasília DF, 2010.

SOARES, D.A; ANDRADE, S.M; CAMPOS, J.J.B. Epidemiologia e Indicadores de Saúde. In: ANDRADE, S.M; SOARES, D.A; JUNIOR, L.C (Orgs.). Bases da saúde coletiva. Londrina: Ed UEL, 2001. p. 183 - 210.

SOÁREZ, P.C.; PADOVAN, J.L; CICONELLI, R.M. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. RAS., v.7, n.27, p.57-64, abr-jun 2005.