

SAÚDE DA FAMÍLIA:
UMA ANÁLISE BASEADA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
Family Health: an analysis based on the Basic Care Information System

Adelyne Maria Mendes Pereira¹
Mônica La-Salette da Costa Godinho²
Maria Inêz Braga Barbosa Bergamo³

¹ Enfermeira, residente em Saúde da Família da UFJF. Endereço: Rua Caldas, 61. Machado, MG. CEP: 37.750-000 E-mail: adelynep@bol.com.br Fone: (35) 32953236

² Professora da disciplina Saúde do Adulto, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL-MG. Mestra em Educação. Enfermeira.

³ Professora da disciplina Introdução à Saúde Coletiva e Ambiental, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL-MG. Mestra em Enfermagem Fundamental. Enfermeira.

RESUMO

A Reforma Sanitária Brasileira constitui uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da situação sanitária. A adoção da estratégia Saúde da Família como espaço potencial de mudança das práticas de saúde pode ser citada como uma das suas conquistas.

A Saúde da Família tem o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e centrado no hospital. Tem gerado uma quantidade significativa de dados, porém, muitas vezes, não os utiliza para observar seu desempenho e direcionar suas atividades. Trata o presente estudo de uma pesquisa epidemiológica, descritiva e transversal, que objetiva analisar a Saúde da Família no município de Alfenas/MG, com base nos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, durante o ano de 2003. Constatou-se que 42,65% da população do município são acompanhados; possuem nível sócio-econômico baixo e boas condições sanitárias nos domicílios; as principais patologias referidas foram hipertensão arterial, diabetes e alcoolismo; a taxa de mortalidade infantil é superior à nacional, sendo a mortalidade neonatal inferior à pós-neonatal; a mortalidade de mulheres em idade fértil é de 1,62%; o índice de baixo peso ao nascer é de 10,74%. As equipes de Saúde da Família desenvolvem procedimentos e exames diagnósticos de baixa complexidade, havendo prevalência da demanda espontânea sobre a busca preventiva. Foram realizados encaminhamentos para o atendimento especializado, serviços de urgência e emergência, internações hospitalares e domiciliares. O total de encaminhamentos para especialidades não contradiz a efetividade da assistência prestada e prova que o direito a outros níveis de atenção não tem sido negado. Conclui-se que esse novo modelo de assistência está em construção, sendo necessários alguns esforços para que a assistência primitiva de saúde seja abandonada e a assistência primária atingida em tudo a que se propõe.

Palavras chave: Saúde da Família; Medidas em Epidemiologia; Perfil de Saúde; Extensão de Cobertura.

Abstract

The Brazilian Sanitary Reform constituted a broad proposal of social change and at the same time, a process to change the sanitary situation. The adoption of a Family Health strategy as potential way to change health practices can be cited as one of its achievements. The goal of the Family Health concept is to reorganize health welfare practices along a new basis and new criteria that substitute the traditional model of hospital-centered care oriented towards curing diseases. It has generated a significant amount of data, however, it often does not use this data to evaluate its performance and to direct its activities. The present descriptive and transversal epidemiological study analyzes the Family Health Program in Alfenas – MG, based on data from the Basic Care Information System (SIAB), in 2003. We verified that 42.65% of the population in the aforementioned town that receives care belonged to a low socioeconomic level and lived under good sanitary conditions in their residence; the main pathologies referred were high blood pressure, diabetes and alcoholism. The mortality rate is above the national rate and neonatal mortality is lower than postnatal mortality. The mortality rate for women of childbearing age is 1.62% and the rate of underweight births is 10.74%. The Family Health Team developed simple procedures and diagnostic exams, and there was a prevalence of spontaneous demand over preventive care. Patients were referred to specialized care and to urgency and emergency assistance, hospital and home care. The total number of referrals does not invalidate the effectiveness of care provided, proving that the right to other levels of care is not being denied. It was concluded that this new assistance model is still under construction, and some effort will be necessary in order for primitive health assistance to be abandoned and primary assistance to achieve all that has been proposed.

Key words: Family Health; Epidemiologic Measurements; Health Profile; Extension of Health Services Coverage.

1. INTRODUÇÃO

O reconhecimento da complexidade da situação de saúde no Brasil, tanto em relação aos problemas de saúde da população (perfil epidemiológico), quanto em relação àqueles referentes ao sistema de saúde (organização dos serviços de saúde), não significa uma impossibilidade absoluta de enfrentá-la. As intervenções necessárias para a melhoria dos níveis sanitários e para a garantia do acesso oportuno aos serviços de saúde dependem de medidas técnicas e administrativas, porém exigem mudanças de ordem econômica, política e cultural. Conseqüentemente, o enfrentamento da situação de saúde analisada requer intervenções setoriais (no âmbito de serviços, sistema de serviços de saúde ou setor) e intervenções extra-setoriais ou transectoriais (que envolvem ou atravessam vários setores, tais como educação, trabalho, agricultura, habitação, saneamento, etc). (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987)

Embora seja de uso comum, a expressão sistema de saúde refere-se, na maioria das vezes, a sistemas de assistência médico-hospitalar, isto é, sistemas de assistência a doentes ou de controle de doenças. Não chegam a ser sistemas de serviços de saúde, já que o componente saúde é mínimo, se comparado com a preocupação com a doença, a incapacidade e a morte. As mudanças ocorridas no perfil epidemiológico e os conhecimentos acumulados sobre os determinantes da saúde apontam para a necessidade de conceber e desenvolver, efetivamente,

sistemas de saúde. Nesse sentido, caberia identificar os limites e possibilidades do sistema de assistência médico-hospitalar e construir sistemas de serviços de saúde, visando à integração das ações de promoção da saúde com as ações preventivas e recuperativas. Dessa forma, seria possível propor intervenções transeitoriais capazes de promover a saúde e resolver os problemas de saúde da população, desenvolvendo um verdadeiro sistema de saúde (PAIM, 1994).

A Reforma Sanitária Brasileira constitui-se como uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da situação sanitária. Representa, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso, e, por outro, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema. Essa proposta vinha sendo gestada desde a década de 70, a partir de críticas e estudos referentes ao sistema de assistência médico-hospitalar vigente e de movimentos sociais envolvendo estudantes, profissionais de saúde, docentes, pesquisadores, sindicatos de trabalhadores, associações de moradores, etc. Em 1986, os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária foram sistematizados na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), destacando-se as seguintes proposições: conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; Sistema Único de Saúde (SUS); participação popular; constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 1999a).

É possível interpretar que a Reforma Sanitária, tal como concebida pela 8ª CNS, possibilitaria intervenções específicas no âmbito do sistema de serviços de saúde (setoriais), além de exigir medidas mais amplas de ordem política, econômica e sociocultural (extra-setoriais) (PAIM, 1992). Segundo Kleczkowski et al. (1984), a reorientação dos sistemas de serviços de saúde depende de cinco componentes fundamentais: prestação da assistência (modelo de atenção); organização dos recursos; gestão; apoio econômico (financiamento) e desenvolvimento de recursos de saúde (desenvolvimento da infra-estrutura de recursos materiais, humanos e tecnológicos). Para Paim (1999a), esses componentes podem ser reconhecidos como áreas-problema do sistema de serviços de saúde, isto é, áreas nas quais se concentrariam os principais problemas identificados nesse sistema.

Em função desses problemas e considerando as medidas propostas pela Reforma Sanitária, podem-se destacar algumas conquistas até o final da década de 90. Entretanto, permanece em discussão a carência de evidências acerca do impacto da Reforma Sanitária sobre as condições de saúde da população. Conforme o Instituto de Saúde (1998), ainda que certas experiências de municípios que apostaram na Reforma Sanitária apontem a melhoria de alguns indicadores, não é possível generalizar tais achados para o país como um todo.

Enquanto não se processam as mudanças profundas requeridas pela situação sanitária brasileira, diversas intervenções muito importantes, ainda que de espectro mais limitado, precisam ser concebidas e adotadas. Os recursos à planificação em saúde e à reatualização constante de modelos assistenciais são iniciativas que contribuem para orientar tais intervenções (CAMPOS, 1992).

No Brasil, convivem de forma contraditória ou complementar o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial sanitarista. O primeiro é o mais conhecido e prestigiado, apesar de não contemplar o conjunto dos problemas de saúde da totalidade da população. Está voltado, fundamentalmente, para a chamada demanda espontânea, ou seja, tende a atender os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram por livre iniciativa os serviços de saúde. Nesse modelo, é a pressão espontânea e desordenada da demanda que condiciona a organização de recursos para a oferta; outras vezes, é a própria oferta, distorcida em relação às necessidades de saúde, mas coerente com interesses mercantis, que determina o consumo de serviços médicos. O modelo sanitarista corresponde à saúde pública tradicional e tem enfrentado os problemas de saúde da população, através da realização de campanhas e programas especiais, que, usualmente, não contemplam a totalidade da situação de saúde, uma vez que concentram sua atenção no controle de certos agravos ou em determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer. Como o primeiro é incapaz de alterar significativamente os níveis de saúde, as instituições públicas têm adotado, de forma complementar e subordinada, o segundo modelo (PAIM, 1999a).

Existem inúmeras dificuldades na operacionalização da equidade e integralidade da assistência em saúde, principalmente pela falta de um modelo assistencial que contemple a incorporação dessa nova responsabilidade do setor saúde. A concretização desses princípios requer, entre outros aspectos, a estruturação de um novo modelo assistencial, cujo foco da atenção não seja dirigido somente ao tratamento das doenças, mas contemple os determinantes das condições de saúde de uma dada população (CHIESA et al., 2002). De acordo com Franco e Merhy (2004), a Saúde da Família tem o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e centrado no hospital.

A medicina familiar insere-se em um dos projetos de reforma em saúde, compondo uma das ideologias sanitárias elaboradas na segunda metade do século XX. Não se limitando às instituições de ensino (década de 70, nos países industrializados, e de 80, na América Latina), sua intervenção vem se deslocando para os serviços de saúde (década de 70, no México, de 80, em Cuba, e de 90, no Brasil, a exemplo do Médico de Família das Empresas). O movimento

estruturou-se em 1966, nos Estados Unidos da América, quando alguns comitês formados pela *American Medical Association (AMA)* e outras entidades elaboraram documentos destinados à política federal e estadual para o financiamento da formação de médicos da família em cursos de pós-graduação (PAIM, 1986).

Segundo Teixeira e Paim (1996), a proposta de medicina familiar nem está preservada, na sua suposta pureza, pelas melhores das intenções, nem está condenada, necessariamente, a exercer um controle social sobre os trabalhadores/usuários e suas famílias, obstaculizando a sua satisfação ou emancipação. Conforme os mesmos autores, essa proposta será aquilo que, em cada situação concreta, os sujeitos sociais, submetidos a determinadas relações econômicas, políticas e ideológicas, conseguirem imprimir da marca dos seus projetos.

A equipe de Saúde da Família pode assegurar qualidade, integralidade e efetividade ao primeiro nível de atenção (atenção primária) ou visar a um atendimento tecnologicamente simples e pobre para gente simples e pobre (atenção primitiva de saúde), impedindo o consumo de outros níveis de atenção; ou ainda, objetivar uma ação triagista, para a redução de custos do Estado; ou, finalmente, pode mobilizar valores simbólicos, no sentido de atender objetivos político-ideológicos das classes dirigentes, seja no sentido de alívio das tensões sociais, seja na propaganda de governos, seja no controle social sobre os trabalhadores e suas famílias mediante a domesticação da sua cultura, seus hábitos, seu estilo de vida, em função dos valores e ideologias dominantes (PAIM, 1999b).

Para Cordeiro (1996), o retorno do médico de família como alternativa pode ser posto em dúvida, se for ignorada a lógica de incorporação das inovações nas práticas de saúde. O autor afirma que, ao deixar de identificar que os processos de globalização, de integração competitiva dos mercados e de rápida difusão das informações científicas e das novas técnicas estavam transformando, também, os processos de trabalho em saúde, as propostas de tecnologias simplificadas foram confundidas com uma postura de simples redução de custos de uma medicina pobre para os pobres.

No Brasil, atualmente, enfatiza-se o trabalho multiprofissional e interdisciplinar: não se trata de médicos de família, mas de equipe de Saúde de Família (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996). Nessa nova perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) faz três advertências, para sublinhar o caráter inovador da estratégia Saúde da Família: 1) embora rotulado como um programa, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades do serviço de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o

enfrentamento e resolução dos problemas identificados; 2) não é uma estratégia para atenção exclusiva ao grupo da mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde; 3) outro equívoco - que merece negativa - é a identificação da Saúde da Família como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois essa estratégia deve ser entendida como um modelo substitutivo da rede básica tradicional - de cobertura universal, porém assumido o desafio do princípio de equidade - e reconhecida como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1998a).

Para Chiesa *et al.* (2002), o PSF não é uma ação focada nos pobres, muito embora seja necessário tratar de forma diferente os diferentes, e a prática integral é uma das suas características mais fortes.

Em março de 1997, o governo federal lançou um documento anunciando “1997: o ano da saúde no Brasil”, que sublinhava a prevenção, com ênfase no atendimento básico, e mencionava o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Saúde da Família como estratégias de mudança do modelo assistencial. Nessa oportunidade, apresenta a proposta de ampliação de 847 para 3.500 equipes de Saúde da Família (BRASIL, 1997b).

Apesar da relevância da ampliação proposta pelo governo, faltam, contudo, evidências que apontem a Saúde da Família como estratégia suficiente para reorientação dos modelos assistenciais dominantes. As experiências positivas verificadas em distintos municípios, a exemplo de Camaragibe, em Pernambuco, ou o Programa Saúde em Casa, em Brasília, e o Qualis, em São Paulo, que poderiam ilustrar a chamada “estratégia Saúde da Família”, ainda estão distantes de alterar o “SUS real” e de transformar o “sistema” de saúde brasileiro (PAIM, 1999b).

No entanto, é possível afirmar que existe, apesar da permanência de inúmeros desafios ainda não superados, uma série de elementos favoráveis ao desenvolvimento e à consolidação da Saúde da Família no Brasil. Elementos que passam pelo espaço político e institucional ocupado, não mais como programa na concepção tradicional, mas como estratégia estruturante da Atenção Básica, com capacidade de provocar ou contribuir para a reorganização dos sistemas locais de saúde, e pela oportunidade da implantação da Norma Operacional de Assistência (NOAS), que incorpora maior resolutividade à Atenção Básica e possibilita a integralidade da assistência, pela organização dos serviços de forma hierarquizada e regionalizada. Porém, é preciso que esses elementos se traduzam efetivamente em oportunidade para fortalecimento e sustentabilidade da estratégia Saúde da Família, no âmbito da consolidação

do SUS. Para isso, é necessário que se mantenha como base de sustentação um adequado processo de implantação, de forma que possibilite a real substituição das práticas tradicionais dos serviços de Atenção Básica e contribua para melhorar os indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Isso exige que a expansão da estratégia mantenha a coerência com os seus princípios e diretrizes essenciais e seja acompanhada de adequada incorporação tecnológica, tanto no sentido da infra-estrutura, como no campo do conhecimento, para que essas equipes possam verdadeiramente reorientar seu processo de trabalho e atingir níveis adequados de resolubilidade (SOUZA, 2002).

A equipe de Saúde da Família possui importantes compromissos, tais como entender a família e o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; buscar intervir sobre os fatores de risco; agir buscando a humanização das práticas de saúde, a criação de vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; promover o desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; promover a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização do serviço e da produção social da saúde; estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e organizar a comunidade para efetivo exercício do controle social (SOUZA, 1999).

É de fundamental importância para o bom desenvolvimento de um serviço que o mesmo seja monitorado e avaliado. Um trabalho do porte do que é feito pela Saúde da Família tem gerado uma quantidade significativa de dados. Com o crescimento do número de equipes e, conseqüentemente, das famílias acompanhadas, o material recolhido e arquivado manualmente já se demonstrava insuficiente para o aproveitamento dos dados coletados. Por essa razão, a equipe da Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, solicitou ao DATASUS o desenvolvimento de um sistema especial para gerenciamento das informações obtidas nas visitas às comunidades. O Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB - é a resposta a essa demanda. Ele produz relatórios que auxiliam as equipes de Saúde da Família, as unidades às quais estão ligadas e os gestores municipais a acompanharem o trabalho e avaliarem a sua qualidade. Esses relatórios permitem conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos, readequando-os sempre que necessário, e, por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 1998b).

É importante ressaltar que a alimentação adequada do sistema é condição para a manutenção do financiamento da estratégia Saúde da Família nos municípios e que, somente quando é nutrido por meio de dados fidedignos, o sistema é útil para avaliação do trabalho

desenvolvido. Conforme afirma Pereira (1995), o poder público mantém vários registros populacionais, e, quanto melhor a base de dados em termos de abrangência da população e qualidade do seu conteúdo, mais precisos serão os respectivos quadros descritivos.

A estratégia Saúde da Família, muitas vezes, não utiliza os dados produzidos para observar seu desempenho e direcionar suas atividades. Diante do exposto, o presente trabalho objetiva analisar a Saúde da Família no município de Alfenas/MG, com base nos dados do SIAB, no ano de 2003, por meio da identificação da percentagem da população acompanhada, caracterização dessa população em seus aspectos pessoais e sócio-sanitários e identificação dos serviços prestados a essa população e seu grau de complexidade.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1. TIPO DE ESTUDO

No intuito de melhor conhecer a saúde da população, os fatores que a determinam, a evolução do processo de doença e o impacto das ações propostas para alterar o seu curso, os homens da ciência desenvolveram numerosas maneiras de abordagem e investigação (PEREIRA, 1995). O presente estudo consiste em uma pesquisa epidemiológica, descritiva e transversal.

Segundo Bloch e Coutinho (2002), a pesquisa epidemiológica baseia-se na coleta sistemática de informações sobre eventos ligados à saúde em uma população definida e na quantificação destes eventos.

As investigações epidemiológicas de cunho descritivo têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento na população em termos quantitativos. O pesquisador interessado em traçar o perfil epidemiológico do tema em análise deve observar como essa situação está ocorrendo, em uma ou mais populações, e expressar as respectivas frequências de modo apropriado (PEREIRA, 1995).

Conforme Almeida Filho e Rouquayrol (2003), o estudo epidemiológico no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico é denominado transversal. Para Pereira (1995), o termo transversal significa que as observações e mensurações das variáveis de interesse foram feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um dado momento, não necessariamente fixo no tempo, pois os dados podem referir-se ao momento da coleta ou ao passado.

2.2. LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Alfenas/MG por meio de dados secundários do SIAB, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde da localidade supramencionada.

2.3. POPULAÇÃO E PERÍODO DE ESTUDO

Este estudo compreende dados coletados através das fichas A, B, C e D, pelas equipes de Saúde da Família, na área de abrangência de cada uma das oito áreas adstritas, no município de Alfenas/MG, no período de janeiro a dezembro de 2003.

2.4. VARIÁVEIS DE ESTUDO

Nesta pesquisa foram estudadas as seguintes variáveis:

1. Características gerais: total de famílias acompanhadas no município de Alfenas/MG; total de pessoas acompanhadas no município de Alfenas/MG; sexo; faixa etária; grau de escolaridade; agravos de saúde mais comuns; total de nascidos vivos; total de óbitos.
2. Características sócio-sanitárias: tipo de moradia; tratamento de água no domicílio; abastecimento de água; destino do lixo; destino do esgoto doméstico; abastecimento de eletricidade.
3. Características dos serviços prestados: total de consultas; tipo de atendimento; procedimentos mais comuns; exames mais requisitados; total de encaminhamentos; total de internações domiciliárias; total de visitas domiciliárias; total de hospitalizações.

2.5. COLETA DE DADOS E RESULTADOS

Os dados do SIAB referentes ao ano de 2003 foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas para a autora da pesquisa. Esses dados receberam tratamento estatístico, sendo organizados sob a forma de tabelas e gráficos, visando ao melhor entendimento dos mesmos.

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

A utilização dos dados do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB - sucedeu à autorização do Secretário de Saúde do município de Alfenas/MG e ao parecer favorável do Comitê de Ética da Instituição. Os esclarecimentos pertinentes aos objetivos e finalidades deste estudo foram prestados e a pretensão de publicação da pesquisa manifestada. A identificação dos envolvidos foi mantida em sigilo, conforme determinam as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos - Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – é um sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família. As informações são coletadas em âmbito domiciliar e em unidades básicas, nas áreas cobertas. O fato de a coleta de dados referir-se a populações bem delimitadas possibilita a construção de indicadores populacionais referentes às áreas de abrangência, que podem ser agregadas em diversos níveis: a microárea do Agente Comunitário de Saúde, que corresponde a um território onde residem de 100 a 150 famílias; a área da equipe de Saúde da Família, cuja população é de cerca de 1000 famílias; um ou vários segmentos territoriais de um município; um município; estado; região e país. A territorialização do sistema possibilita, ainda, a localização espacial de problemas de saúde e a identificação de desigualdades, constituindo-se em ferramenta importante para a implementação de políticas de redução de iniquidades, favorecendo, também, a avaliação da efetividade das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2003). Foram analisadas as variáveis obtidas pelas oito equipes de Saúde da Família, no município de Alfenas/MG, por meio do SIAB.

A estratégia Saúde da Família foi implantada no município de Alfenas/MG, em 1996. Teve início com duas equipes, instaladas em áreas periféricas, consideradas de baixo nível sócio-econômico e caracterizadas por ocupações de terreno sem infra-estrutura adequada. Desde então, a estratégia se expandiu, perfazendo, em 2003, um total de oito equipes implantadas. O princípio de eleição para instalação das equipes não seguiu um planejamento de cobertura baseado no perfil epidemiológico e de risco dos bairros do município, mas seguiu a lógica da carência sócio-econômica de áreas desprivilegiadas. Dessa forma, em 2003, 42,65% ou seja, 28561 habitantes, foram acompanhados pela estratégia Saúde da Família, em Alfenas/MG. Portanto, o nível de cobertura da estratégia Saúde da Família no município em estudo encontra-se inferior ao nacional, quando este último é analisado associado ao acompanhamento realizado pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, uma vez que a cobertura nacional atinge 47,1%, quando essas duas ações são avaliadas em conjunto. Em Minas Gerais, 37,3% da população são acompanhados pela estratégia Saúde da Família e PACS e, na região sudeste, essa cobertura equivale a 20,2% (BRASIL,2003).

Nota-se uma discrepância considerável, ao se comparar a cobertura no município em estudo ao percentil populacional coberto pela estratégia Saúde da Família e PACS, nas regiões nordeste e norte, 81% e 93,4%, respectivamente. Esses dados podem indicar uma

eficácia e cumprimento do princípio da equidade nessas regiões; ou a implantação de um atendimento tecnologicamente simples e pobre para gente simples e pobre (atenção primitiva de saúde), haja vista a carência das regiões norte e nordeste; ou evidenciar um interesse político-ideológico das classes dirigentes, seja no sentido de alívio das tensões sociais, seja na propaganda de governos, seja no controle social sobre os trabalhadores e suas famílias, em função dos valores e ideologias dominantes (PAIM, 1999b).

A cobertura das regiões supramencionadas mostra como a equidade proposta pelo SUS não é realidade em todo o país, inclusive no município em estudo. Conforme Brasil (2003), existem 14.559.910 famílias cadastradas no país, sendo 48,4% dessas, na região nordeste. Na região sudeste, o percentil de famílias cadastradas em relação ao total nacional é de 18,2%; em Minas Gerais, esse percentil alcança 7,34% das famílias cadastradas no país (BRASIL, 2003). No município em estudo, existem 7430 famílias cadastradas nas oito áreas cobertas, conforme distribuição apresentada na Tab. 1. O total populacional acompanhado pelas várias equipes em suas áreas é semelhante, sendo a área 1 a menor, em termos populacionais, com 3157 habitantes (11,05 % do total), e a área 5 a maior, com 4057 (14,2% do total).

Tabela 1

O número de mulheres acompanhadas pela estratégia Saúde da Família no município em estudo é superior ao total de indivíduos do gênero masculino cadastrados, sendo 50,5% do sexo feminino (14421 hab.) e 49,5% do sexo masculino (14140 hab.). Segundo Brasil (2003), a população masculina coberta pela Saúde da Família supera a feminina, sendo a razão de sexos (M/F) de 118%.

A maior parte da população acompanhada no município de Alfenas/MG encontra-se na faixa etária de 20 a 39 anos (9602 hab. ou 33,61%), enquanto a população com idade inferior a 1 ano corresponde a apenas 0,2% (51 hab.) da população coberta. Conforme Brasil (2003), a mesma realidade é vivenciada em nível nacional, pois a maior parte da população acompanhada (26,2%) encontra-se no mesmo intervalo etário, e a menor parcela da população coberta (0,62%) corresponde àqueles com idade inferior a 1 ano. Na faixa etária de 1 a 9 anos, encontram-se 5123 habitantes; com idades entre 10 e 19 anos, são 5729 habitantes; aqueles que possuem entre 40 e 49 anos somam 3516 habitantes; os que se encontram na faixa etária de 50 a 59 anos somam 2188 habitantes e a população com mais de 60 anos é igual a 2352 habitantes.

No município de Alfenas/MG, 76% (50865 habitantes) da população são alfabetizados, índice que supera os níveis nacionais (IBGE, 2003). A maior parte da população acompanhada pela Saúde da Família é alfabetizada, tanto no município em estudo (89,9%), quanto no Brasil (79%). De acordo com Brasil (2003), a proporção de pessoas de 15 anos ou

mais alfabetizadas, nas áreas de cobertura da Saúde da Família, em Minas Gerais, é de 85,1%; na região sudeste, de 86,8%, sendo o maior índice encontrado no sul (89,3%), e o menor, no nordeste (71,5%).

Em todas as áreas do município em estudo, mais de 90% da população de 7 a 14 anos encontram-se na escola, sendo o menor índice na área 2 (93,09%) e o maior, na área 4 (99,8%). Quanto à população maior de 15 anos alfabetizada, a menor taxa encontra-se na área 3 (86,12%) e a maior, na área 6 (94,74%). Percebe-se, portanto, que o município em estudo possui taxas de alfabetização superiores às nacionais, nas áreas de cobertura da estratégia Saúde da Família. É pertinente, no entanto, questionar se esse dado reflete a real capacidade de entendimento da população nas questões de saúde ou agrega um grande número de analfabetos funcionais. Como se sabe que a capacidade de entendimento cresce de acordo com o número de anos que o indivíduo passa na escola, a coleta do dado “anos de estudo” traduziria de forma mais concreta essa informação.

A população acompanhada possui um alto grau de dependência em relação à cobertura da estratégia Saúde da Família, uma vez que 94,1% não possuem um plano de saúde privado. Há certa variação entre as diversas áreas: na área 2, cerca de 2% (66 hab.) da população possuem plano de saúde privado e na área 7, cerca de 10% (354 hab.). Ainda assim é questionável a qualidade da atenção à saúde oferecida por planos de saúde privados, uma vez que muitos deles oferecem uma cobertura mínima.

As condições dos domicílios das áreas de cobertura da Saúde da Família no município em estudo, quanto a saneamento básico, algum meio de tratamento de água, material usado nas construções e presença de energia elétrica são melhores do que os níveis nacionais, conforme mostra o Gráf. 1 (BRASIL, 2003). No entanto, 210 domicílios (3,20%) não utilizam nenhum método de tratamento de água (filtração, fervura ou cloração), estando expostos a um grande número de parasitoses; 59 domicílios (cerca de 1%) não possuem rede de energia elétrica; 12 residências (0,18%) não possuem esgotamento sanitário de rede, utilizando a fossa ou o destinação de fezes e urina a céu aberto. Apesar da pequena proporção, essas são alternativas contrárias às preconizadas no Código Sanitário Municipal.

Gráfico 1

A maior proporção de hospitalizações na população adulta acompanhada pela equipe de Saúde da Família no Brasil é decorrente de causas diversas (80,7%), índice que se equipara ao da população acompanhada pela Saúde da Família, no município de Alfenas/MG (83,42%). As internações por complicações de diabetes (4,6%) e por abuso de álcool (2,57%), na população acompanhada pela Saúde da Família, superam o índice nacional de hospitalizações

pelos mesmos motivos, 3,3% e 1,8%, respectivamente. As internações em Hospital Psiquiátrico representam 2,14% do total de hospitalizações. Em menores de 5 anos, as principais causas de hospitalização nas áreas cobertas pela Saúde da Família no país foram pneumonia (9,2%) e desidratação (5%), o que também ocorreu nas áreas cobertas pela Saúde da Família, no município estudado, embora em menores proporções (5,99% e 1,28%, respectivamente) (BRASIL, 2003).

Constatou-se que 9,21% do total geral de óbitos correspondem à mortalidade de menores de 1 ano, na população acompanhada pela Saúde da Família, no município em estudo. Segundo a Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2003), esse índice se enquadra aos parâmetros nacionais, nos quais a mortalidade de menores de 1 ano equivale a 13,1% do total geral de óbitos no país; 10,1%, na região sudeste, e 10,6% no estado de Minas Gerais. O menor índice foi encontrado no estado de Santa Catarina, 6,8%, e o maior, no Amazonas, 32,9%. Todos esses índices referem-se ao SIAB, ou seja, a áreas de cobertura da estratégia Saúde da Família.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) a cada 1000 nascidos vivos na área de cobertura da Saúde da Família, no município em estudo é de 32,71, superando a taxa nacional (31,7). A TMI devido a infecção respiratória aguda é igual a 2,34, inferior à taxa nacional (3,6), e a TMI por outras causas é de 30,37, na população estudada, e 23,6, no país (BRASIL, 2003).

Nas áreas de cobertura da Saúde da Família no município em estudo, a mortalidade neonatal (28,57%) é inferior à pós-neonatal (71,43%), o contrário do que ocorre nas áreas de cobertura da Saúde da Família no país, onde o total de óbitos em menores de 28 dias corresponde a 51,7% dos óbitos e o total de óbitos, de 28 dias a 11 meses e 29 dias, equivale a 48,3% dos óbitos em menores de 1 ano (BRASIL, 2003).

A taxa nacional de mortalidade de mulheres em idade fértil é de 7,8%; na região sudeste, esse índice é igual a 8%, estando bem próximo ao índice mineiro, de 7,9% (BRASIL, 2003). Na população em estudo, esse índice é consideravelmente inferior (1,32%), fato que pode indicar subnotificação de casos.

A baixa mortalidade neonatal e de mulheres em idade fértil somadas à realização de um número de consultas de pré-natal superior ao preconizado, podem evidenciar uma assistência efetiva à gestação e parto. No entanto, o alto índice de baixo peso ao nascer faz com que a efetividade desse acompanhamento seja questionada.

A incidência de baixo peso ao nascer nas áreas de cobertura da Saúde da Família, no município em estudo (10,74%), é superior ao índice nacional (8,4%) e equivalente ao encontrado em Minas Gerais e na região sudeste (em ambas, 10,9%), segundo Brasil (2003). Ainda que as taxas de mortalidade materna e neonatal sejam baixas, o que pode evidenciar um

acompanhamento pré-natal regular, a proporção de recém-nascidos com baixo peso é considerável, o que nos leva a questionar a qualidade desse atendimento. A alta mortalidade pós-neonatal pode significar problemas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança pelas equipes de Saúde da Família.

Durante o ano de 2003, 131 gestantes foram acompanhadas pelas equipes de Saúde da Família, no município em estudo, sendo 15,27% com idades entre 10 e 19 anos e 84,73% com idade superior a 19 anos. Não é possível identificar a proporção exata de gravidezes nas diferentes faixas etárias da adolescência e contabilizar quantas gestações tardias ocorreram, uma vez que esses dados não são colhidos pelo SIAB. A coleta dessas informações seria fundamental para a elaboração de projetos de assistência direcionados a essas populações, uma vez conhecidas as especificidades das gestações tardias e precoces.

Tabela 2

Quanto às patologias presentes na população estudada, observou-se que apenas três das doenças referidas encontram-se presentes na faixa etária de 0 a 14 anos: diabetes, epilepsia e deficiências. Dentre essas, sobressaem-se as deficiências, que correspondem a 59,32% (35 casos), contra 25,42% (15 casos) de epiléticos e 15,26% (9 casos) de diabéticos. No entanto, não é possível identificar quais são essas deficiências, o que pode ser relacionado como um problema do sistema, quanto à coleta dos dados.

Na população com idade superior a 14 anos, a hipertensão arterial e a diabetes são as patologias de maior evidência, representando respectivamente 65,47% (2827 casos) e 16,86% (728 casos) das doenças referidas, o que justifica a implantação de programas de controle e acompanhamento desses clientes e a avaliação dos mesmos em estudos posteriores. Deve-se ressaltar a incidência considerável do alcoolismo (12,67% ou 547 casos), fato que nos remete ao estudo de políticas públicas que amenizem o problema, uma vez que o mesmo é responsável por uma cascata de incidentes (violência infantil e contra a mulher, desestabilização familiar, suicídios). Constatou-se que a incidência da epilepsia é maior na população com idade superior a 14 anos: são 147 casos nessa faixa etária, contra 15 casos entre os menores de 14 anos. Ainda cabe lembrar a presença de patologias epidemiologicamente centenárias, que continuam presentes, mesmo com toda a vigilância e tratamentos existentes: há 32 casos de doença de Chagas, 21 casos de tuberculose e 16 casos de hanseníase. Pode-se inferir que os adultos deficientes não têm sido identificados, pois as deficiências não aparecem entre os maiores de 14 anos, enquanto têm relevância considerável entre os menores de 14 anos.

Tabela 3

Constatou-se que o maior número de atendimentos prestados pelas equipes de Saúde da Família estava direcionado a portadores de hipertensão arterial (53,46% ou 10827 atendimentos), fato justificado por ser essa a condição mais referida pela população. No entanto, tais dados indicam uma média de 3,8 atendimentos/cliente, durante o ano de 2003. Seguindo-a, encontra-se o atendimento a portadores de diabetes, segunda patologia mais referida. Eles representam 15,92% do total de atendimentos (3224 atendimentos), o que indica uma média de 4,4 atendimentos/cliente. As médias de atendimentos/cliente apresentam-se muito baixas, o que evidencia o fato de que nem toda a população hipertensa e diabética é acompanhada, mas a parcela da mesma acompanhada o é com maior frequência.

Foram realizados 75 atendimentos a portadores de hanseníase e 58 atendimentos a portadores de tuberculose, menos de 1% (0,37% e 0,29%, respectivamente) do total de atendimentos realizados. Conforme dados apresentados anteriormente, os portadores de hanseníase somam 16 clientes, o que indica uma média de 4,7 atendimentos/cliente, durante o ano de 2003; os portadores de tuberculose somam 21 clientes, o que indica uma média de 2,8 atendimentos/cliente anuais.

Quanto à saúde da Criança e Mulher, são realizados atendimentos de puericultura (2367 atendimentos), prevenção do câncer cérvico-uterino (2162 atendimentos) e pré-natal (1048 atendimentos). Somam 5607 atendimentos e correspondem a 27,68% de todos os atendimentos realizados pelas equipes de Saúde da Família.

Gráfico 2

Notou-se uma média de 8 consultas de pré-natal por gestante acompanhada, considerando-se 131 gestantes, para 1048 atendimentos prestados. Uma vez que o Ministério da Saúde preconiza, no mínimo, 6 consultas, pode-se concluir que o acompanhamento pré-natal tem sido satisfatório, mas é de se questionar a efetividade do mesmo, uma vez que o percentual de baixo peso ao nascer é considerável.

Deve-se ressaltar a existência de um acompanhamento dos portadores de DST/AIDS, realizado pela equipe de Saúde da Família, e a inexistência de um programa de acompanhamento de portadores alcoolistas, visto que essa é a terceira patologia de maior referência e levou a um total de 24 hospitalizações, durante o ano de 2003, nas áreas cobertas.

Quanto aos procedimentos realizados pela equipe de Saúde da Família: 50,13% (7573 procedimentos) correspondem a atendimentos individuais realizados pelo enfermeiro; 25,06% (3785 procedimentos) referem-se a atendimentos individuais realizados por outros profissionais de nível superior; 14,74% (2226 procedimentos) representam visitas de inspeção

sanitária; 7,21% (1090 procedimentos) dizem respeito a atendimentos em grupo e atividades de educação em saúde; 2,86 (432 procedimentos) correspondem a reuniões.

Dessa forma, evidencia-se que é realizada uma média de 11 atendimentos em grupo/educação em saúde por mês/área, uma média de 4 reuniões mensais por área e que 34% dos domicílios das áreas da abrangência das equipes de Saúde da Família receberam uma visita de inspeção sanitária durante o ano de 2003. Segundo Mendes (1996) e Cordeiro (1996), a estratégia de Saúde da Família deve contribuir para a organização da atenção básica como um modelo de atenção hegemônico voltado para as necessidades de saúde e não apenas para a demanda espontânea ou para a oferta. Os mesmos autores afirmam que pode ainda constituir uma das estratégias de reorientação do sistema de saúde, na medida em que se aproxima dos processos de distritalização e do modelo de intervenção da vigilância à saúde.

Foram realizadas 101040 visitas domiciliárias pelas equipes de Saúde da Família, durante o ano de 2003, sendo 88999 visitas (88,08%) desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde; 4456 (4,41%), por profissionais de nível médio; 3603 (3,57%), por enfermeiros; 2191 (2,17%), por médicos e 1791 visitas (1,77%), por outros profissionais de nível superior.

Franco e Merhy (2004) relatam que, na Saúde da Família, a atenção básica está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Diante disso, torna-se imprescindível a realização de visitas domiciliárias que permitam tal compreensão por parte dos profissionais de saúde. Em Alfenas/MG, cada equipe de Saúde da Família é composta por um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, em média.

Percebe-se a necessidade de um levantamento das principais dificuldades encontradas por profissionais de nível superior para a realização das mesmas, uma vez que apenas 7,5% das visitas são realizadas por eles, tendo em vista os princípios da estratégia de Saúde da Família, conforme afirma Souza (1999), quando diz que a equipe de Saúde da Família possui o compromisso de entender a família e o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente e assim prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; buscar intervir sobre os fatores de risco; agir buscando a humanização das práticas de saúde, a criação de vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; promover o desenvolvimento de ações intersetoriais, através de parcerias; promover a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização do serviço e da produção social da saúde; estimular o

reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e organizar a comunidade para efetivo exercício do controle social.

As equipes de Saúde da Família realizaram procedimentos simples, como: 1724 inalações (54,9%), 687 injeções (21,88%), 544 curativos (17,32%), 117 retiradas de pontos (3,73%) e 68 terapias de reidratação oral (2,17%), totalizando 3140 procedimentos anuais.

Durante o ano de 2003, as equipes de saúde da Família encaminharam 18388 solicitações de exames complementares. A maior parte deles, 13522 exames (73,53%), refere-se à patologia clínica; 1548 (8,42%), a radiodiagnóstico; 1222 (6,65%) correspondem a exames cito-cérvico-vaginais; 182 (0,99%), à ultrassonografia obstétrica e 1914 (10,41%) dizem respeito a outros exames.

Constatou-se que as equipes de Saúde da Família realizam procedimentos e exames diagnósticos de baixa complexidade. Deve-se estar atento quanto a isso, para que não seja ignorada a lógica de incorporação das inovações nas práticas de saúde, pois ao deixar de identificar que os processos de globalização, de integração competitiva dos mercados, de rápida difusão das informações científicas e que as novas técnicas transformam, também, os processos de trabalho em saúde, as propostas de tecnologias simplificadas são confundidas com uma postura de simples redução de custos de uma medicina pobre para os pobres, conforme Cordeiro (1996).

Foram realizadas 28524 consultas médicas, durante o ano de 2003: 1300 (4,56%) consultas em menores de 1 ano; 3774 (13,23%) consultas na população entre 1 e 9 anos; 3294 (11,54%) consultas na faixa etária de 10 a 19 anos; 7027 (24,64%) consultas na população entre 20 e 39 anos; 4265 (14,95%) consultas na população de 40 a 49 anos; 3298 (13,77%) consultas na faixa etária de 50 a 59 anos e 4936 (17,31%) consultas nos maiores de 60 anos. Observou-se que o maior número absoluto de consultas médicas (7027 consultas) encontra-se na faixa etária de 20 a 39 anos, faixa na qual se concentra a maior parte da população (9602 indivíduos). No entanto, o maior número de consultas proporcional ao tamanho da população por faixa etária encontra-se entre os menores de 1 ano (o número de consultas é cerca de 25 vezes maior do que o tamanho da população) e os maiores de 60 anos (o número de consultas é aproximadamente o dobro do tamanho da população). O número de consultas na faixa de 40 a 59 anos também é superior à população acompanhada nessa idade. Na infância (1 a 9 anos), adolescência (10 a 19 anos) e fase adulta (20 a 39 anos), o número de consultas médicas é inferior ao tamanho da população acompanhada. Analisando-se, proporcionalmente, o número de consultas na adolescência (1,73) é superior ao número de consultas na infância (1,35) e fase adulta (1,36).

Gráfico 3

As equipes de Saúde da Família realizaram 3246 encaminhamentos, envolvendo atendimento especializado (2975 encaminhamentos ou 91,65%), serviços de urgência e emergência (158 encaminhamentos ou 4,87%), internações hospitalar (85 encaminhamentos ou 2,62%) e domiciliária (28 encaminhamentos ou 0,86%), durante o ano de 2003.

Dessa forma, pode-se observar que, das 28524 consultas médicas realizadas, conforme mostrado anteriormente, 10,4% foram encaminhadas para o atendimento especializado, totalizando 2975 encaminhamentos para especialidades, o que não contradiz a efetividade da assistência prestada e evidencia que o direito a outros níveis de atenção não tem sido negado à população.

De acordo com Teixeira, Paim e Vilasbôas, (1998), a Saúde da Família não está confinada na atenção primária à saúde, invade os níveis de atenção secundária e terciária, na medida em que sua equipe, particularmente o médico e o enfermeiro, pode responsabilizar-se pelo paciente e pelo apoio à sua família, acompanhando-o na atenção especializada, inclusive na assistência hospitalar. Tal assertiva não pode ser confirmada pelos dados disponibilizados, mas esse comprometimento é claro nas internações domiciliárias. No município em estudo, o número de internações em domicílio ainda é muito pequeno, fato que pode ser modificado com a solidificação do programa e seus princípios. A internação domiciliária garante ao paciente o conforto do lar e da proximidade com os familiares, o que contribui para sua recuperação, mas depende do preparo e compromisso dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

4. CONCLUSÃO

Vigora hoje no Brasil, um modelo de desatenção hegemônico. Superar esse modelo de desatenção reproduzido no SUS real do pronto-atendimento, dos corredores dos pronto-socorros e das filas dos ambulatórios e laboratórios permanece como um dos desafios dos gestores e técnicos comprometidos com o SUS democrático. Esse modelo de desatenção não considera iniciativas auto-proclamadas de alternativas, como a Saúde da Família, nem se solidariza com os esforços dos programas especiais e das campanhas sanitárias, gueto onde ainda se confina, na atualidade, a saúde pública institucionalizada. Para que a Saúde da Família e a atenção básica não fiquem confinadas no SUS para pobres, nem reproduzam acriticamente a atenção primitiva de saúde, esforços adicionais precisam ser realizados para que efetivamente se tornem alternativas, e não meros complementos do modelo de desatenção hegemônico. Os sistemas de informação são capazes de direcionar os gestores e os demais atores comprometidos com a consolidação do SUS e da Saúde da Família na transformação desse cenário.

A estratégia de Saúde da Família deve ser entendida como um substitutivo da rede básica tradicional, tendo cobertura universal, uma vez assumido o desafio do princípio de equidade. Tal assertiva não é observada no município em estudo, visto que apenas uma parcela da população é coberta. Embora alguns dos indicadores sejam satisfatórios, não se pode afirmar que a assistência primitiva de saúde foi abandonada e a assistência primária atingida em tudo a que se propõe (desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias, democratização do processo saúde-doença, organização do serviço e da produção social da saúde, reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social) na população estudada. Tais considerações são sustentadas pela avaliação dos dados disponibilizados pelo SIAB, o que comprova sua capacidade em monitorar e avaliar as ações em Saúde da Família, ainda que em alguns pontos precise haver reestruturação.

O SIAB fornece subsídios à tomada de decisão pelos gestores do SUS e publiciza os dados para o uso de todas as instâncias de controle social. No entanto, para que isso se efetive, é necessário que tais dados sejam analisados, estudados e discutidos na esfera municipal e nas áreas de cada uma das equipes de Saúde da Família. Somente dessa forma, o SIAB irá cumprir seu papel quanto à avaliação das atividades desenvolvidas, colaborando para a percepção das condutas apropriadas e levantamento das falhas. Trata-se de um instrumento norteador para o trabalho da equipe de Saúde da Família e deve ser usado como tal, para que se alcancem as metas propostas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.149-179.

BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. S. F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. *In*: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 107-113.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Bioética, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 1997a. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997b. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília, 1998a. 39 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB**: manual do sistema de informação de atenção básica. Brasília, 1998b. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**: indicadores 2000. Brasília, 2003.

CAMPOS, G. W. de S. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, n. 37, p. 116-119, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais da VIII CNS**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 381-389.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. de. Enfermagem, academia e Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 52-59, jan. 2002.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 10-15, 1996.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. **PSF**: contradições e novos desafios. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 08 fev. 2004.

FUNDAÇÃO IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 set. 2004.

INSTITUTO DE SAÚDE. A descentralização do sistema de saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas. **Relatório Final**. São Paulo, jun. 1998, 76 p.

KLECZKOWSKI, B. M.; ROEMER, M. I.; WERFF, A. V. D. **Sistemas nacionales de salud y su reorientacion hacia la salud para todos**: pautas para una política. Washington: OMS, 1984. (Cuadernos de Salud Pública)

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 03-09, 1996.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

PAIM, J. S. **Saúde**: crises e reformas. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986. 254 p.

PAIM, J. S. A democratização da saúde e o SUDS: o caso da Bahia. **Saúde em Debate**, n. 21, p. 39-44, jun. 1988.

PAIM, J. S. A epidemiologia na organização dos serviços de saúde: modelos assistenciais e vigilância em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 2. 1992, Belo Horizonte. **Mesa Redonda: A epidemiologia na organização dos serviços de saúde**. Belo Horizonte, 1992. Mimeografado.

PAIM, J. S. **Recursos humanos em saúde no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USO, 1994. p.80.

PAIM, J. S. Formação médica e políticas de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., FORUM NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO, 5. 1995, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre, ABEM, 1995. p. 247-261.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999a. cap. 20. p. 473-487.

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999b. cap. 21. p. 489-502.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

SOUZA, H. M. Programa de Saúde da Família no contexto do Sistema Único de Saúde. In: SEMINÁRIO DE EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1, 1999. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Atenção Básica, 1999. Mimeografado.

SOUZA, H. M. de. Reforma da reforma. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n. 4, p. 02-03, jan. 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Políticas de formação de recursos humanos em saúde: conjuntura atual e perspectivas. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 12, p. 19-23, jul. 1996.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, v.7, n. 2, p. 07-28, 1998.

Submissão: setembro de 2005

Aprovação: fevereiro de 2005

Tabela 1 - População atendida pelas equipes de Saúde da Família no município de Alfenas/MG, por áreas, durante o ano de 2003, segundo sexo e faixa etária

	Nº de famílias cadastradas	População cadastrada	%
Área 1	859	3157	11,05
Área 2	928	3764	13,18
Área 3	904	3558	12,46
Área 4	877	3551	12,44
Área 5	1054	4057	14,20
Área 6	943	3492	12,23
Área 7	990	3614	12,65
Área 8	875	3368	11,79
Total	7430	28561	100,00

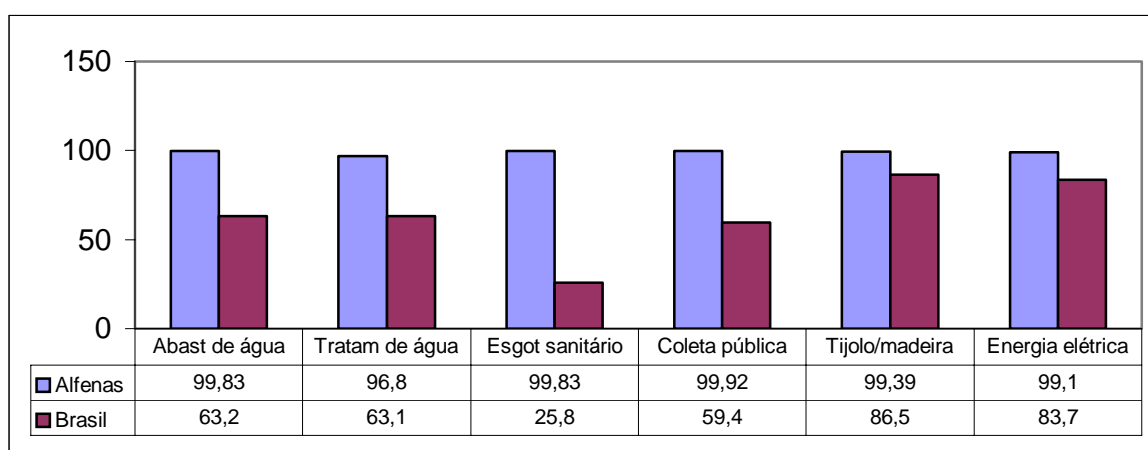


Gráfico 1 – Comparação das condições sócio-sanitárias dos domicílios das áreas de atuação das equipes de Saúde da Família, no município de Alfenas/MG, e no Brasil, durante o ano de 2003

Tabela 2 - População atendida pelas equipes de Saúde da Família no município de Alfenas/MG, segundo doenças referidas, durante o ano de 2003

	Freq 0-14 anos	Freq % 0-14 anos	Freq >14 anos	Freq % >14anos
Hipertensão arterial	---	---	2827	65,47
Diabetes	9	15,26	728	16,86
Alcoolismo	---	---	547	12,67
Epilepsia	15	25,42	147	3,40
Doença de Chagas	---	---	32	0,74
Tuberculose	---	---	21	0,49
Hanseníase	---	---	16	0,37
Deficiência	35	59,32	---	---
Total	59	100,00	4318	100,00

Tabela 3 – Tipos de atendimento realizados pelas equipes de Saúde da Família no município de Alfenas/MG, durante o ano de 2003

	Frequência	Frequência %
Hipertensão arterial	10827	53,46
Diabetes	3224	15,92
Puericultura	2367	11,69
Prevenção do câncer cérvico-uterino	2192	10,82
Pré-natal	1048	5,17
DST/AIDS	463	2,28
Hanseníase	75	0,37
Tuberculose	58	0,29
Total	20254	100,00

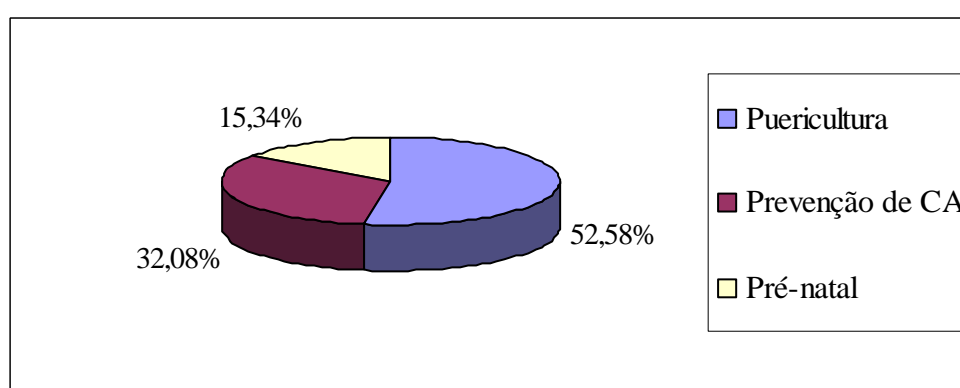


Gráfico 2 - Proporção de atendimentos prestados pelas equipes de Saúde da Família na área de Saúde da Criança e Mulher, durante o ano de 2003, no município de Alfenas/MG

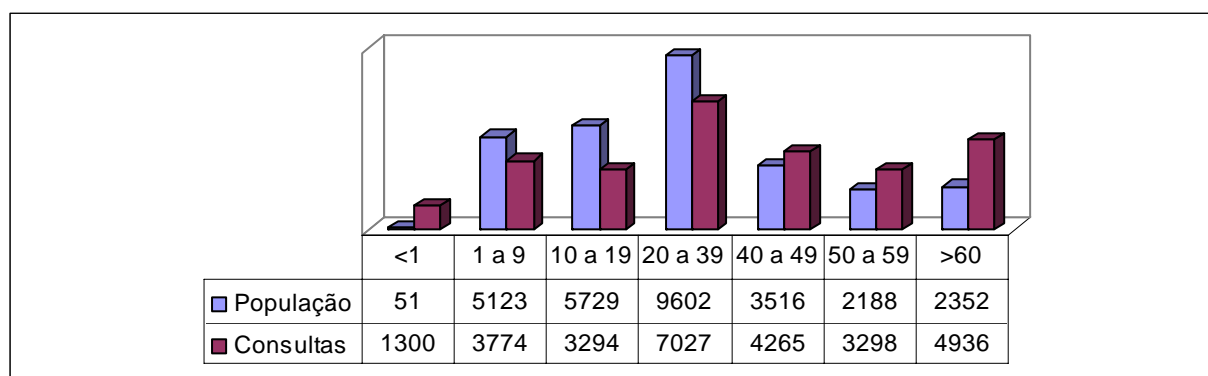


Gráfico 3 – Proporção de consultas médicas realizadas diante da população acompanhada pelas equipes de Saúde da Família, segundo faixa etária, no município de Alfenas/MG, durante o ano de 2003