

Juliane Ferreira Andrade da Fonseca

**EVOLUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO
GROSSO E A INFLUÊNCIA NOS INDICADORES DA ATENÇÃO
BÁSICA EM SAÚDE DE 2008 A 2015**

Tese de doutorado apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do título de Doutor em Ciências.

São Paulo
2018

Juliane Ferreira Andrade da Fonseca

**EVOLUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO
GROSSO E A INFLUÊNCIA NOS INDICADORES DA ATENÇÃO
BÁSICA EM SAÚDE 2008 A 2015**

Tese de doutorado apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do título de Doutor em Ciências, área de Gestão e Informática em Saúde.

Orientadora:

Profa. Dra. Paola Zucchi

Coorientadora:

Profa. Dra. Patrícia Siqueira Varela

São Paulo
2018

Fonseca, Juliane Ferreira Andrade da

Evolução da Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso e a influência nos Indicadores da Atenção Básica em Saúde de 2008 a 2015 / Juliane Ferreira Andrade da Fonseca. – São Paulo, 2018.

xiv, 90f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Gestão e Informática em Saúde.

Título em Inglês: Evolution of the Family Health Strategy in Mato Grosso - influence on the Indicators of Basic Health Care from 2008 to 2015

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Indicadores Básicos de Saúde. 3. Avaliação em saúde. 4. Gestão em saúde. 5. Condições de saúde

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO E INFORMÁTICA EM SAÚDE**

Coordenadora da Câmara de Pós-graduação e Pesquisa da Escola Paulista de Medicina: Profa. Dra. Marimélia Aparecida Porcionatto, livre docente

Coordenador do programa: Prof. Dr. Ivan Torres Pisa, livre docente

Juliane Ferreira Andrade da Fonseca

**EVOLUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MATO
GROSSO E A INFLUÊNCIA NOS INDICADORES DA ATENÇÃO
BÁSICA EM SAÚDE DE 2008 A 2015**

Presidente da Banca:

Profa. Dra. Paola Zucchi (orientadora)

Membros Titulares:

Profa. Dra. Márcia Mello Costa De Liberal

Profa. Dra. Patrícia Coelho de Soarez

Prof. Dr. Carlos Alberto Garcia Oliva

Prof. Dr. Gilberto de Andrade Martins

Suplentes:

Profa. Dra. Cristina Lucia Feijó Ortolani

Profa. Dra. Maria D'Innocenzo

*A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre
aquilo que todo mundo vê.”
(Arthur Schopenhauer)*

Dedicatória

A Deus, o Senhor soberano, a quem devo tudo que sou, a quem sei que sempre me auxiliou em caminhos sofridos, me carregou no colo em momento de muita dor.

Ao meu pai, Gilton Andrade Santos (*in memoriam*) que sempre me incentivou a estudar, a buscar meus objetivos com muita garra e fé. Caminhamos sempre juntos e, em uma das curvas da vida, nos despedimos para em outro caminho nos encontrarmos novamente.

Ao meu esposo, Marques, meu anjo protetor, meu eterno e verdadeiro amor, que sempre fez de tudo para que eu conseguisse alcançar os meus objetivos, muitas vezes abrindo mão dos seus objetivos. Eu te amo.

Aos meus filhos, Anne Karoline, Andrew Luís e Anna Karine, razão do meu viver, fruto de um amor verdadeiro. Sofreram e cresceram com a minha ausência para que eu realizasse esse sonho.

Agradecimento

À Profa. Dra. Paola Zucchi, por acreditar em mim, pela paciência, pelo acolhimento em momentos tão difíceis, pela arte de saber ensinar e ser firme na condução da orientação desse trabalho.

À Profa. Dra. Patrícia Siqueira Varela, pelo acolhimento e ensinamentos metodológicos que o rigor da ciência exige.

À minha família, Marques, Anne Karoline, Andrew Luis e Anna Karine que sempre me apoiaram, em momentos de estudo deste trabalho só foi possível por saberem me deixar sozinha e em silêncio para que eu pudesse produzir. Muitas vezes traziam água e um “lanchinho” para que eu continuasse meu trabalho. Amo vocês.

Às minhas cunhadas Therezinha e Thelma que foram meu porto seguro em São Paulo, foram irmãs e mãe em tantos momentos que, não tenho palavras para agradecê-las.

Ao meu grupo de pesquisa em Educação Permanente em Saúde em Mato Grosso, Profa. Dra. Neuci, Fagner, Weslen e Natacha pela vontade de fazer pesquisa, pelo apoio e incentivo mútuo, pela amizade e respeito.

À Prof.^a Ma Giani Santos que me auxiliou na análise estatística com tanta paciência e carinho e maestria que foram fundamentais para definição da apresentação dos resultados.

À Profa. Dra. Márcia De Liberal, que foi essencial na finalização da tese, nas orientações para a elaboração de artigos e a força que sempre me deu para vencer cada etapa do meu tratamento de saúde.

À Sr.^a Valdice, secretária do programa, que sempre me auxiliou na condução do cumprimento das normas do Programa.

À Alessandra e ao Saulo que tanto me ajudaram no agendamento de reuniões com a minha orientadora, que me escutaram em momentos difíceis que passei, que me orientaram a andar de metrô em São Paulo.

À Universidade Federal de São Paulo por proporcionar a realização deste doutorado.

À CAPES, pela concessão da bolsa de doutorado que muito favoreceu à construção deste trabalho.

Aos meus alunos e colegas de trabalho na Universidade do Estado de Mato Grosso que foram compreensíveis com minhas ausências.

SUMÁRIO

Dedicatória	
Agradecimentos	
Lista de figuras	
Lista de quadros	
Lista de gráficos	
Lista de abreviaturas	
Resumo	
Abstract	
1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Objetivos	20
2. REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 A Estratégia Saúde da Família como organização dos serviços de saúde	22
2.2 O Sistema de Informação em Saúde	25
2.3 O Sistema de Informação da Atenção Básica	27
2.4 Indicadores de Saúde na Atenção Básica	28
2.5 Avaliação em saúde	30
3. MÉTODO	35
3.1 Tipo de Estudo	35
3.2 Local do estudo	35
3.3 População / Amostra	36
3.4 Indicadores	37
3.4.1 Componente de Estrutura	38
3.4.2 Componente de Processo	39
3.4.3 Componente de Resultado	42
3.5 Fontes de Dados	44
3.6 Processamento e Análise dos dados	46

3.7 Aspectos Éticos	47
4. RESULTADOS	49
5. DISCUSSÃO	62
6. CONCLUSÃO	74
7. REFERÊNCIAS	75
Anexo – Parecer Consubstanciado do CEP/UNIFESP	
Apêndice de Identificação	

Lista de Quadros

Quadro 1	Componentes de estrutura, processo e resultado com os indicadores de Atenção Básica à saúde, segundo o Pacto pela Vida	38
Quadro 2	Identificação do componente, fonte, dado e indicador para o estudo proposto.	45
Quadro 3	Distribuição dos municípios de Mato Grosso analisados segundo a região de saúde. Cuiabá-MT, 2016.	49
Quadro 4	Comportamento dos indicadores da atenção básica segundo os componentes de estrutura, processo e resultado no período de 2008 a 2015	52

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Proporção da Cobertura Populacional pelas Equipes de Saúde da Família e a média de Consulta Médica por residente por ano, no período de 2008 a 2015 em Mato Grosso, 2018	54
Gráfico 2	Proporção da Cobertura Populacional pelas Equipes de Saúde da Família e Visita Domiciliar por família por ano, no período de 2008 a 2015 em Mato Grosso, 2018.	55
Gráfico 3	proporção de Cobertura Populacional pelas equipes de saúde da família e Encaminhamento à Especialista por consulta médica por ano, no período de 2008 a 2015 em Mato Grosso, 2018.	56
Gráfico 4	Proporção da Cobertura Populacional pelas equipes de saúde da família e Solicitação de Exames patologia clínica por consulta médica por ano, no período de 2008 a 2015 em Mato Grosso, 2018.	57
Gráfico 5	Proporção da Cobertura Populacional pelas equipes de saúde da família e a Taxa de Internação por Causas Sensíveis a Atenção Básica por ano, no período de 2008 a 2015 em Mato Grosso, 2018.	58
Gráfico 6	Proporção da Cobertura Populacional pelas equipes de saúde da família e Percentual de Nascidos Vivos de mães com 7 ou mais consultas de Pré-Natal por ano, no período de 2008 a 2015 em Mato Grosso, 2018.	59
Gráfico 7	Proporção da Cobertura Populacional pelas equipes de saúde da família e Coeficiente de Mortalidade Infantil por ano, no período de 2008 a 2015 em Mato Grosso, 2018.	60

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CM	Consulta Médica
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAPS	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CP	Cobertura Populacional
CSAP	<i>Ambulatory Care Sensitive Conditions</i>
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EEsp	Encaminhamento ao Especialista
ERS	Escritório Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NVM7C	Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional para a Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RIPASA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SEpc	Solicitação de Exames de Patologia Clínica
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

Resumo

Introdução: A Estratégia Saúde da Família implantada pelo Ministério da Saúde com princípios e conceitos da atenção primária à saúde com o propósito a mudança na forma de organização dos serviços, das práticas assistenciais centrada na família e comunidade. A equipe multiprofissional em seu processo de trabalho desenvolve atividades que irão gerar indicadores que poderão subsidiar o planejamento de intervenções de acordo com as necessidades de saúde local. **Objetivo:** Avaliar a influência da Estratégia Saúde da Família nos indicadores da atenção básica em saúde segundo seus componentes de estrutura, de processo e de resultado nos municípios de Mato Grosso, no período de 2008 a 2015. **Método:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa, quantitativa, retrospectiva com uso de dados secundários oriundos dos sistemas de informações oficiais do governo federal. Foi construída uma matriz composta por componentes de estrutura (cobertura populacional potencial), de processo (consulta médica, visita domiciliar de médico e enfermeiro, encaminhamento à especialista e solicitação de exames de patologia clínica) e de resultado (taxa de internação por causas sensíveis a atenção básica, proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal e coeficiente de mortalidade infantil). Foi feita a análise descritiva e coeficiente de Correlação de Spearman (ρ). **Resultados:** O estudo apontou que a cobertura populacional sempre manteve alta, acima de 83%, os indicadores de processo sugeriram melhora da estratégia saúde da família, com redução de 63,13% na média de encaminhamento à especialista, redução de 49,71% na média de solicitação de exames de patologia clínica, porém houve também redução de 7,13% na média de visita domiciliar no período estudado. Existiu correlação entre o componente de estrutura e processo e entre estrutura e resultado. A correlação entre cobertura populacional e taxa de internação por causas sensíveis a atenção básica apontou associação positiva divergente de outras pesquisas. **Conclusões:** A pesquisa permitiu avaliar que com a evolução da estratégia saúde da família ocorreram alterações em alguns indicadores da atenção básica em Mato Grosso demonstrando a acessibilidade ao serviço, efetividade e efeitos positivos na saúde da população. Quanto a correlação dos componentes de estrutura e de processo e de estrutura e resultado apontou ser uma ferramenta de gestão para avaliação do programa.

Palavras chaves: Estratégia Saúde da Família; Indicadores Básicos de Saúde; Avaliação em saúde; Gestão em saúde; Condições de saúde.

Abstract

Introduction: The Family Health Strategy implemented by the Ministry of Health with principles and concepts of primary health care with the purpose of changing the way services are organized, care practices focused on family and community. The many professionals team in its work process develops activities that will generate indicators that can subsidize the planning of interventions according to the local health needs.

Objective: To analyze the influence of the Family Health Strategy on indicators of basic health care according to its structure, process and outcome components in the municipalities of Mato Grosso, from 2008 to 2015.

Method: This is an evaluative research, quantitative, retrospective analysis using secondary data from the federal government's official information systems. A matrix was built consisting of structure components (potential population coverage), process (medical consultation, home visit of doctor and nurse, referral to specialist and request for clinical pathology exams) and outcome (hospitalization rate due to causes sensitive to primary care, proportion of live births of mothers with seven or more prenatal consultations and infant mortality coefficient). The descriptive analysis and Spearman Correlation coefficient (ρ) were made.

Results: The study indicated that the population coverage always remained high, above 83%, the process indicators suggest an improvement in the specialist, a reduction of 49.71 % in the average number of requests for clinical pathology exams, but there was also a reduction of 7.13% in the average home visit in the period studied. There is correlation between the structure and process component and between structure and result. The correlation between population coverage and hospitalization rate for causes sensitive to primary care showed a divergent positive association with other studies.

Conclusions: The research showed that with the evolution of the family health strategy there were changes in some indicators of primary care in Mato Grosso demonstrating the accessibility to the service, effectiveness and positive effects on the health of the population. Regarding the correlation of the components of structure and process and of structure and result, it was pointed out to be a management tool for evaluation of the program.

Keywords: Family Health Strategy; Basic Health Indicators; Health evaluation; Health management; Health conditions.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada pelo Ministério da Saúde (MS) no início da década de 1990, a partir de experiências exitosas internacionais, referentes aos critérios estabelecidos na Conferência de Alma Ata para a Atenção Primária em Saúde (APS), baseada nos princípios do acesso universal, o cuidado continuado, integral e coordenado nas comunidades através de atividades programadas, grupos terapêuticos, visitas, internações domiciliares, dentre outras, indo além do atendimento médico individual (Soratto, et al., 2015).

A ESF configura-se como uma proposta de reorganização da Atenção Básica (AB) em Saúde e consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) impulsionando mudanças na forma de organização dos serviços, das práticas assistenciais, centrada na família, em seu contexto físico, social e em expandir a rede de serviços assistenciais (Soratto, et al., 2015).

A implantação da ESF, na perspectiva da reorganização do modelo assistencial, teve características inovadoras, o que a diferencia do modelo de saúde tradicional. A organização do processo de trabalho, a partir de uma equipe multiprofissional, assume a responsabilidade por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, em espaço geográfico adscrito. Essa equipe tem ampliado o vínculo e a corresponsabilidade entre as famílias e comunidade por meio de práticas de cuidado humanizado e integral (MS, 2012; Motta, Siqueira-Batista, 2015).

A ESF atua na atenção básica de maneira contínua e holística com foco na família e na comunidade. No desenvolvimento de suas atividades, a equipe de saúde da família elabora relatórios com informações referentes à situação sanitária e processo de trabalho. Esses dados são registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), tornando-se indicadores de saúde que subsidiarão o planejamento das ações prioritárias às necessidades de saúde (Senna, Andrade, 2015).

Com a intenção de acompanhar e monitorar as ações de saúde realizadas na AB cujos resultados refletem na saúde da população, a partir de 2006, através do Pacto pela Saúde, houve a pactuação de indicadores da atenção básica que estão relacionados às áreas prioritárias do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão. Esses

indicadores permitem visualizar modificações no contexto socioeconômico, no desempenho dos serviços de saúde, condições de vida e saúde da população (Sala, Mendes, 2011).

Embora a ESF tenha sido formulada e implantada pela esfera federal, ou seja, pelo MS, sua implementação não ocorreu de forma homogênea nos diversos municípios brasileiros, adquirindo distintas configurações, o que tem limitado seu avanço para consolidação e reorganização efetiva do SUS, uma vez que sua execução depende do apoio do governo federal, estadual, da política municipal, da adesão e do desempenho dos profissionais das equipes de saúde da família (Motta, Siqueira-Batista, 2015).

A ESF teve uma rápida expansão em todo o território brasileiro. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica do MS, em abril de 2018, 20 anos após sua implantação, a situação do programa era de 43.226 equipes, com cobertura de 64,51% do total da população (MS, 2018). Os dados, embora quantitativos, evidenciam a importância da estratégia na ampliação da cobertura das ações e do acesso aos serviços de saúde para a população.

No estado de Mato Grosso (MT), a ESF teve início no ano de 1996 em cinco municípios (Cáceres, Denise, Diamantino, Nortelândia e Nova Mutum), totalizando, na época, oito equipes de saúde da família (SF). A expansão para os demais municípios, nessa época, foi lenta, entretanto, a partir de 2000, houve um crescimento impulsionado pela política estadual de saúde que tinha como prioridade o fortalecimento, a reestruturação da atenção básica, a implementação da ESF, do programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por meio de aportes financeiros, capacitações das equipes e adequação das normativas às condições do estado (Mato Grosso, 2000). Atualmente, todos os 141 municípios de MT já aderiram à ESF, contando com 719 equipes implantadas e cobertura de 69,06%. (MS, 2018).

Diante da heterogeneidade de implantação e rápida expansão, a ESF tornou-se um campo rico de estudos e pesquisas avaliativas, em especial aqueles com capacidade de avaliar a eficácia, eficiência e efetividade de suas ações na saúde de uma população, contribuindo para a consolidação do programa como ferramenta estratégica de gestão, visto que auxilia no planejamento, controle das atividades, ampliando a capacidade de resposta e de resolutividade dos serviços de saúde.

No levantamento bibliográfico realizado sobre a avaliação da implantação da ESF, percebeu-se que a mesma sofre avaliações díspares quanto às suas características relacionadas às dimensões Político-Institucional, Organizativa e Técnico-Assistencial. A dimensão político-institucional envolve elementos da expansão, equidade, financiamento, formação e gestão de pessoas. A dimensão organizativa é composta por elementos do acesso, integralidade e integração à rede assistencial; já a dimensão técnico-assistencial envolve os elementos do trabalho multidisciplinar, acolhimento, vínculo, processo de cuidar com enfoque familiar (Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann, 2016).

Nessa circunstância, é relevante avaliar a ESF utilizando os componentes da estrutura (organização dos serviços), do processo (serviços produzidos) e de resultados (efetividade do serviço), com a finalidade de refletir possíveis intervenções na gestão e na prática assistencial.

Os estudos encontrados demonstraram o efeito da ESF sobre o setor da saúde com avanços na acessibilidade, redução das iniquidades dos serviços de saúde e satisfação dos usuários com o programa. Entretanto, ainda apresentam dificuldades e limitações quanto às mudanças das práticas assistenciais, estruturas físicas precárias, escassez de recursos humanos e materiais (Motta, Siqueira-Batista, 2015, Oliveira, Gonçalves e Pires, 2011).

As evidências mostraram a relevância do tema no contexto da AB, a importância de estudos de avaliação de programas e sua contribuição para o fortalecimento dessa política e melhoria da ESF. As avaliações da ESF, utilizando indicadores da atenção básica reais e atualizados, coadjuvam para análise situacional, planejamento e programação de ações locais de saúde. Os resultados negativos devem auxiliar na proposição de correções de ações não exitosas e os positivos para melhoramento da própria estratégia.

No estado de Mato Grosso, a ESF sofreu uma rápida expansão, mas a sua avaliação ainda é incipiente. Os estudos desenvolvidos até o momento buscaram compreender as dimensões organizacionais, políticas e estruturais sem fazer relação entre elas e a influência destas na saúde da população assistida (Astolfo, Kehrig, 2017). Com a expansão da ESF nos municípios de Mato Grosso e a relevância de estudos avaliativos que têm como intuito analisar o desempenho da ESF nos aspectos

de estrutura, de processo e resultado, este estudo busca responder à seguinte questão: comprovar que a evolução da Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso influenciou os indicadores da Atenção Básica em saúde de 2008 a 2015.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar a influência da ESF nos indicadores da Atenção Básica em saúde segundo seus componentes de estrutura, de processo e de resultado nos municípios de Mato Grosso de 2008 a 2015.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever o comportamento dos indicadores de Atenção Básica em saúde segundo a estrutura, o processo e os resultados de 2008 a 2015, nos municípios de MT;
- ✓ Correlacionar os indicadores de Atenção Básica em saúde nos seus componentes de estrutura (cobertura populacional) com os de processo (consulta médica, visita domiciliar de médicos e enfermeiros, encaminhamento ao especialista, solicitação de exames de patologia clínica) e de estrutura (cobertura populacional) com os de resultado (taxa de internação por causas sensíveis à atenção básica, proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal e coeficiente de mortalidade infantil) nos municípios de Mato Grosso de 2008 a 2015.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A Estratégia Saúde da Família como organização dos serviços de saúde

A mudança do modelo de atenção é um desafio à consolidação do SUS a partir da nova proposta da Constituição Federal. O Programa Saúde da Família (PSF) foi a estratégia mais amplamente realizada no Brasil no sentido de reorganização da AB enquanto modelo assistencial, pautada nos princípios da vigilância à saúde, voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde, provocando reflexos em todos os níveis do sistema (Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann, 2016).

A implantação da ESF se baseou nas experiências internacionais de sistemas de saúde bem-sucedidas fundamentadas na atenção primária à saúde e nas propostas da Conferência de Alma Ata, com os princípios do acesso universal, do cuidado continuado, integral e coordenado com outros níveis de atenção à saúde da comunidade em seu contexto social (Macinko, Lima, 2012; Silva et al., 2015).

O PSF foi criado, em 1994, pelo MS, impulsionado pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) que apresentara sucesso no controle da cólera, da redução na mortalidade materno infantil nas regiões Norte e Nordeste. O PSF surgiu como um programa de assistência à saúde da família e da comunidade, na atenção básica, para desenvolver ações de promoção e proteção (MS, 2010).

A princípio, o PSF fora percebido como medicina pobre para os pobres, pois apresentava características de programa vertical da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA) e tinha por objetivo cobrir áreas de risco selecionadas a partir do Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Em 1997, o MS aprova as normas e diretrizes do programa, através da Portaria GM nº 1.886, priorizando sua expansão para os municípios, definindo as características das unidades de saúde da família, equipes e processo de trabalho (Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann, 2016).

Após a instituição de normativas e incentivos financeiros que impulsionaram e ampliaram o acesso à AB à saúde, através da consolidação da saúde da família, o

MS deixou de o considerar como um programa e passou reconhecê-lo como estratégia para reorientação das ações de saúde e para a consolidação da atenção primária à saúde (Magnago e Pierantoni, 2015).

Nesta proposta formulada pelo MS, as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) devem atuar de acordo com os seguintes princípios organizativos (MS, 2012):

- **Caráter substitutivo:** não significa necessariamente a construção de novas estruturas de serviços em locais que disponham de uma ampla rede de unidades de saúde, mas a substituição do modo de produzir o serviço por um novo processo de trabalho.
- **Integralidade e coordenação do cuidado:** a UBSF está inserida no primeiro nível de ação, configurando-se a porta de entrada ao serviço. Essa unidade deve estar inserida na rede, garantindo o acesso aos demais níveis de complexidade assistencial, caso seja identificada essa necessidade, assegurando uma eficaz referência e contrarreferência, garantindo uma atenção integral aos indivíduos e à família.
- **Territorialização e adscrição da clientela:** definido que cada equipe de saúde da família deve possuir um território de atuação, com um determinado número de famílias sob sua responsabilidade, que pode variar de 800 a 1000 famílias, chegando a 3.500 pessoas. A equipe deve desenvolver atividades que contemplem tanto ações individuais (consultas, orientações) como coletivas de vigilância em saúde, com ênfase na população adscrita, a saber: o cadastramento das famílias, visita domiciliar para acompanhamento, planejamento local e grupos educativos.
- **Equipe multiprofissional:** a equipe de saúde da família deve ser composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo outros profissionais ser incorporados de acordo com a demanda e com as necessidades locais.

A ESF promoveu mudanças no foco de atenção, que deixou de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, com a

família no espaço privilegiado de atuação no contexto social. Essa estratégia implica em aprender a lidar com esse novo recorte, tomando a família como objeto de trabalho, identificando instrumentos e saberes que possam transformar a prática assistencial direcionada pautada nos princípios éticos e morais, no respeito ao usuário e na integralidade que possam levar a uma maior autonomia dos mesmos. Portanto, a Saúde da Família exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas dos profissionais de saúde, nas quais as equipes deverão ter iniciativas, criatividade e vocação para trabalhos em grupos com a comunidade (Chung, 2013).

A ESF introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se em instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, outro diferenciador são as concepções de integração com a comunidade e em um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica.

A ESF deve organizar as práticas nas UBSF evidenciando o caráter multiprofissional e interdisciplinar das equipes de saúde da família, com a quebra de paradigmas quanto ao cuidado integral, humanizado, contínuo, de qualidade, comprometido com o atendimento, de acordo com as necessidades individuais e coletivas, responsabilizando-se também pelos encaminhamentos aos especialistas e seu acompanhamento para total recuperação da saúde do indivíduo (Motta, Siqueira-Batista, 2015). Esse cuidado pode ser na unidade de saúde, no domicílio, na escola, em centros comunitários, ou seja, são ações que perpassam os muros das unidades básicas de saúde. As mudanças das práticas assistenciais e a organização da atenção básica são capazes de solucionar 85% dos casos de saúde de sua área de atuação (Motta, Siqueira-Batista, 2015, MS, 2010).

Com a necessidade da multidisciplinaridade e multiprofissionalidade na ESF, foram criados em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), com a entrada de novos profissionais de saúde de outras áreas do conhecimento, possibilitando qualificar a assistência à família e comunidade, com o intuito de oferecer apoio, a troca de experiências, o conhecimento entre as equipes e os NASFs (MS, 2010).

Os resultados positivos da ESF são apontados em estudos avaliativos como indícios de mudanças no modelo assistencial contribuindo para verificar a efetividade

do programa (Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann, 2016; Silva, Fracolli, 2014; Macêdo, 2015; Oliveira, Gonçalves e Pires, 2011).

Apesar dos avanços da ESF nas condições de saúde e de vida da população, principalmente nas áreas prioritárias, como saúde da criança, saúde da mulher, doenças crônicas não infecciosas, observa-se que há muitos desafios para a consolidação do programa, como em relação ao financiamento da atenção básica, ao trabalho em equipe para responder à complexidade dos problemas em atenção primária, ao trabalho da gestão do sistema através do apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e de suas estruturas regionais, bem como a valorização dos Colegiados de Gestão Regionais (MS, 2010).

2.2 O Sistema de Informação em Saúde

A origem da produção das informações de saúde é datada a partir de 1931 quando a Diretoria Geral de Informações, Estatística e Divulgações do Ministério da Educação e Saúde começou a trabalhar com informações a nível federal. Em 1975, foi implantado o Núcleo de Informática da Secretaria Geral do Ministério da Saúde cujo objetivo era implementar o Sistema de Informação em Saúde (MS, 2000).

O arcabouço legal do SUS prevê que o município deve ser responsável por produzir, organizar e coordenar a produção de informações em saúde de sua região. Assim, essas informações são estratégias que auxiliam tanto para fortalecer os objetivos e metas estatais quanto para aumentar a eficácia dos serviços de saúde e o controle social (Pinheiro et al., 2016).

O Pacto pela Saúde, publicado em 2006 pela Portaria GM nº 399, apresenta mudanças significativas para a execução do sistema de saúde respeitando as diferenças locais, reforçando a organização das regiões sanitárias e redefinindo instrumentos de regulação, programação e avaliação. Ele apresentou 57 indicadores que forneceram informações das condições de saúde e de vida da população (MS, 2006b).

Mediante o Pacto pela Saúde, assinado entre as três esferas (federal, estadual e municipal), os gestores municipais têm como desafio o fortalecimento do SUS na

esfera local executando as ações em tempo oportuno mediante o diagnóstico de saúde regional tendo como um dos instrumentos o uso dos sistemas de saúde disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

O sistema de informação em saúde pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (Marin, 2010, p. 21).

Nessa perspectiva, pode-se dizer que os sistemas de informação em saúde têm a finalidade de auxiliar a gestão municipal, estadual e federal na administração, planejamento e manutenção da saúde, gerando informações reais e precisas sobre as condições sociais, econômicas e epidemiológicas, possibilitando definir intervenções necessárias para a população (Santos et al., 2014).

O Brasil possui uma vasta gama de sistemas de informações de saúde que são fragmentados, com ênfase na especialidade e no tratamento de doenças. Muitos deles possuem dados idênticos, entretanto as informações são desconstruídas e divergentes, o que torna a utilização desses dados inseguras e não condizentes com a realidade local.

Apesar desses sistemas estarem disponíveis para consulta pública e o MS proporcionar treinamentos e disponibilizar manuais para gestores e profissionais da saúde que irão manusear esses programas, os estudos apontam que os profissionais desconhecem o uso desta ferramenta nas atividades desenvolvidas por eles devido à falta de preparo técnico, o que acaba comprometendo a viabilidade do sistema (Oliveira et al., 2010).

Um dos desafios na utilização dos dados gerados pelo sistema de informação está na qualidade das informações, pois não existe uma política que incentive o preenchimento correto das informações. Além disso, outro problema está na esfera local: a dificuldade que os gestores encontram quanto à montagem de infraestrutura (recursos materiais), definição adequada de procedimentos de coleta e falta ou deficiência de recursos humanos qualificados para análise das informações obtidas (Santos et al., 2014).

2.3 O Sistema de Informação da Atenção Básica

Em 1998, o Sistema de Informação da Atenção Básica foi criado devido à implantação do Programa Saúde da Família, considerado como o principal instrumento de monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família por fornecer indicadores populacionais de uma determinada área de abrangência (Carreno et al., 2015).

O SIAB é um sistema idealizado para agregar e processar as informações da população adscrita. Essas informações são obtidas através do preenchimento de fichas de cadastramento e monitoramento das famílias e analisadas a partir de relatórios de consolidação dos dados. Esses relatórios permitem conhecer a realidade socio sanitária da população acompanhada favorecendo também avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los (Oliveira et al., 2010).

Esse sistema foi implantado para apoiar as equipes de saúde e gerenciar as informações produzidas pelas equipes de saúde da família, fazendo uso de conceitos presentes nos princípios da ESF: territorialização, adscrição da população e trabalho de equipe multiprofissional (Senna, Andrade, 2015).

O SIAB tem sua base de dados constituída por três blocos: cadastramento familiar (condições socioeconômicas dos indivíduos e situação sanitária dos domicílios), acompanhamento de grupos de risco (gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase e crianças abaixo de 2 anos) e registro das atividades desenvolvidas pela equipe (produção e cobertura de ações e serviços básicos, notificação de agravos, óbitos e internações). Esse banco tem sido considerado uma importante ferramenta para a microlocalização e intervenção dos problemas de saúde (Maia et al., 2010).

Estudo realizado com enfermeiras da equipe de saúde da família apontou que os indicadores fornecidos pelo SIAB, mais utilizados e acompanhados pela equipe, são aqueles prioritários definidos pelo Pacto pela Vida, como gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos, servindo de subsídio para a análise situacional e o planejamento de ações de intervenções (Senna, Andrade, 2010).

Mesmo considerado pelos profissionais de saúde uma importante ferramenta de gestão, o SIAB é pouco ou subutilizado pelas equipes quando comparado às suas

potencialidades (Cavalcante, Pinheiro, Guimarães, 2013; Radigonda et al, 2010; Senna, Andrade, 2010).

Uma revisão integrativa sobre o SIAB apontou a necessidade de readequação do sistema com vistas a proporcionar a tomada de decisão referente à promoção e educação em saúde, alta rotatividade dos Agentes Comunitários de Saúde e o preenchimento das fichas de maneira insatisfatória, o que compromete a qualidade das informações e dificuldades relacionadas à interpretação, conteúdo e quantidade de dados (Nogueira et al., 2014).

2.4 Indicadores de saúde na Atenção Básica

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para auxiliar a quantificação de determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde (RIPSA, 2008). Eles são excelentes instrumentos de gestão e avaliação da situação de saúde. Seus resultados evidenciam a situação sanitária e suas tendências, contribuindo para elaboração de políticas e prioridades às necessidades de saúde da população (RIPSA, 2008).

Conhecer e monitorar indicadores de saúde ao longo do tempo é essencial para avaliar o desempenho do sistema de saúde, visto que possibilita fortalecer a organização da assistência à saúde, definir prioridades de intervenção, planejamento e gestão dos serviços. Além disso, constitui um meio de criar condições para a evolução temporal desses indicadores, analisar a qualidade do atendimento, a implantação de programas de saúde e sua efetividade (Santos et al., 2014).

Com a finalidade de avaliar, acompanhar e mensurar os efeitos na saúde, o MS iniciou em 1999 o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, que foi aprimorado e incorporado no Pacto pela Saúde, e elencou 54 indicadores prioritários do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão que os municípios deveriam compactuar, consistindo em um dos principais instrumentos de acompanhamento e avaliação de abrangência nacional (MS, 2010; Mattos, Caccia-Brava, Barbosa, 2013).

O Pacto pela vida constitui um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde,

que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. Uma dessas prioridades foi direcionada à Atenção Básica em saúde, consolidando e qualificando a Estratégia Saúde da Família como centro coordenador das redes de atenção à saúde do SUS (MS, 2006).

A princípio, a pactuação era constituída dos seguintes indicadores: atenção à saúde do idoso, controle do câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade materno infantil, fortalecimento da capacidade de repostas às doenças emergentes e endêmicas, promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica (MS 2012). Posteriormente, com a publicação da Portaria GM 325 de 2008, foram incluídos novos indicadores: saúde do trabalhador, saúde mental, fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde a pessoas com deficiência, atenção integral à pessoa em situação ou risco de violência e saúde do homem.

Com o passar do tempo e visando o fortalecimento do Planejamento Integrado do SUS e à implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAPS), em 2013, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) estabeleceram Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o período de 2013-2015, sendo definidos 67 indicadores que deveriam ser pactuados pelos entes federados (MS, 2014).

Foram definidos dois tipos de indicadores, universal e específico, cuja composição é:

Indicadores universais – Expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente;

Indicadores específicos – Expressam as características epidemiológicas locais e de organização do sistema e de desempenho do sistema (IDSUS), sendo de pactuação obrigatória quando forem observadas as especificidades no território (MS, 2014 p16).

Em 2014, algumas alterações foram feitas, sendo excluído um indicador e alterada a tipologia de outros três. Definiu-se, também, que os municípios deveriam monitorar e avaliar 66 indicadores, sendo 30 universais e 36 específicos.

Para fins deste estudo, foram selecionados os seguintes indicadores da atenção básica: Cobertura Populacional estimada pelas equipes de saúde da família (Indicador Universal 1); Taxa de Internação por causas sensíveis à atenção básica (Indicador

Universal 2); Proporção de nascidos vivos de mães com mais de sete consultas de pré-natal (Indicador Universal 21); e Coeficiente de Mortalidade Infantil (Indicador Universal 24). Esses indicadores têm como diretrizes garantir o acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada e promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança, e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade (MS, 2014).

Considerando o processo de trabalho das equipes de saúde da família, que o distingue das atribuições dos profissionais de saúde de unidades básicas de saúde, foram selecionados os seguintes indicadores: consulta médica; visita domiciliar do médico e enfermeiro, encaminhamento à especialista e solicitação de exames de patologia clínica (MS, 2012).

O monitoramento e avaliação desses indicadores de saúde ao longo do tempo são primordiais para o planejamento de ações e intervenções, e seu acompanhamento permite criar condições para a evolução temporal desses indicadores conhecendo a efetividade de programas de saúde (Reis et al., 2011).

2.5 Avaliação em saúde

No Brasil, a prática de avaliação em serviços e sistemas de saúde é recente. O interesse nessa área se deu a partir da década de 1980, com a reforma das políticas sociais e do emprego da avaliação de programas selecionados, objetivando o aperfeiçoamento do programa e das organizações envolvidas no processo (Brouselle et al. 2011).

A avaliação vem surgindo na área da saúde de forma processual. Nesse contexto a avaliação da atenção básica vem crescendo desde o final da década de 1990 através do Departamento de Atenção Básica do MS com o intuito de contribuir com a qualificação da atenção à saúde. Nesse cenário, a ESF é indutora desse processo de avaliação, tendo como desafio a realização de pesquisas que apontem evidências sobre os impactos das inovações propostas pelo programa na organização do sistema e na saúde da população (Furtado, Vieira-da-Silva, 2014).

Do ponto de vista conceitual, ainda não há uma definição única em relação ao sentido exato do termo avaliação, conceituando-a de forma distinta, indicando dilemas e controvérsias, embora haja consenso de que toda avaliação implica julgamento de valor.

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ação (Brouselle et al. 2011)

Além de definir o conceito de avaliação, é preciso definir o que avaliar, para que avaliar, para quem e quem irá avaliar. Essas respostas devem estar claras ao avaliador, sabendo o objeto, a finalidade, os potenciais interessados e quem julga necessária a avaliação.

O objetivo da avaliação está de acordo com a pergunta que se quer formular e também depende do senhorio da pergunta, pois para um gestor, um pesquisador ou usuário tem visões distintas. Isso vai depender da pergunta realizada porque para um gestor a avaliação pode determinar se um programa está funcionando ou não, para um pesquisador pode ser a produção de um conhecimento que não visa o uso imediato, mas sim um potencial a ser discutido em médio e longo prazo. Para o usuário pode ser uma prestação de contas para saber se os serviços estão sendo prestados (Hartz, Vieira-da-Silva, 2014).

A avaliação em saúde do tipo análise de implantação é complexa e procura analisar a eficácia, a efetividade e a eficiência dos programas e serviços de saúde, de modo que serviços ofertados estejam de acordo com a demanda. Essa perspectiva nos remete à ideia de qualidade como objeto de análise, tendo como referência para essa metodologia a avaliação de qualidade em atenção à saúde do autor Donabedian (1991).

Esse autor foi o primeiro a sugerir a avaliação da qualidade dos serviços de saúde por meio de métodos de garantia de qualidade sistematizado em uma tríade de componentes: estrutura - processo - resultado. Seu mérito residiu, entre outras razões, na capacidade de sistematizar a apropriação de qualidade em termos de serviços,

ações e programas de saúde. Dessa forma, asseverou que “[...] qualidade deve representar um julgamento positivo em relação à técnica envolvida na atenção à saúde e no relacionamento interpessoal entre cliente e prestador” (Donabedian, 1991, p. 61).

Nessa lógica, Donabedian descreve que a dimensão estrutural se refere a todos os atributos, materiais e organizacionais, que são relativamente estáveis no setor que proporciona a atenção à saúde, incluindo nesse quadro os recursos humanos, instalações físicas, equipamentos, veículos, normas e procedimentos, recursos financeiros e avaliação (Donabedian, 1991; Tanaka, 2011).

A dimensão processo descreve as atividades que os profissionais de saúde realizam pelos seus usuários, bem como a habilidade com que exercem tais atividades. Estão inclusas nessas atividades tanto as relacionadas ao diagnóstico e à terapêutica como de reabilitação. Diversamente de estrutura, o processo determina como o sistema realmente funciona (Donabedian, 1991; Tanaka, 2011). Já, na dimensão resultado, faz-se referência ao que se obtém para o paciente. Mais especificamente, um resultado supõe uma troca no estado de saúde, para o bem ou para o mal, que pode ser atribuída à assistência (Donabedian, 1991; Tanaka, 2011).

Donabedian fala sobre amenidade como um elemento relevante para a qualidade da atenção. Essa amenidade pronunciada se refere ao cenário, o enfeite da sala de trabalho, da climatização e dos detalhes das instalações. Por outro lado, Hartz e Vieira-da-Silva (2014) ressaltam que não adianta ter o melhor consultório, se não houver a disponibilidade de um profissional que garante assistência adequada e de qualidade.

Nessa permissa, a avaliação é parte integrante da gestão da Atenção Básica, funciona como uma importante ferramenta que deve contemplar os aspectos da implementação de programas e projetos, o processo e seus resultados auxiliando no *feedback* para os profissionais de saúde e comunidade (Melo et al., 2017)

No Brasil, o Ministério da Saúde tem desenvolvido uma proposta de avaliação da ESF intitulada de “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia da Saúde da Família” que reúne as referências conceituais, metodológicas e operacionais de um modelo de avaliação para melhoria da qualidade construída a partir de consensos. Trata-se de uma autoavaliação, com adesão voluntária, orientada a atores e espaços

específicos: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes (Furtado, Vieira-da-Silva, 2016). Os resultados demonstram a existência de uma variedade de modelos de ESF nos municípios do país, alguns aproximando e outros se distanciando da proposta inicial do programa.

Em Mato Grosso, a implementação dessa proposta metodológica ainda é tímida. A Secretaria de Estado de Saúde tem apoiado e vem promovendo oficinas de sensibilização e divulgação, mesmo assim há poucos municípios cadastrados e que realizam a autoavaliação. Mas, por tratar-se de um programa nacional que almeja se consolidar como um novo modelo assistencial, consubstanciado no êxito de programas similares em outros países, desenvolvidos ou em desenvolvimento, torna-se imperativo que, simultaneamente à sua consolidação, sejam instituídos mecanismos adequados de avaliação. Por conseguinte, a não implementação de tais mecanismos poderá levar o sistema de saúde a incorrer em erros ou falhas que, por não serem perceptíveis no tempo oportuno, impossibilitem a revisão e os ajustes cabíveis para o bom desenrolar da ESF em Mato Grosso.

MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, retrospectiva, quantitativa, com a utilização dos dados secundários obtidos pelos sistemas de informação relacionados à Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa avaliativa é definida, segundo Furtado e Vieira-da-Silva (2016), como um procedimento que analisa a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões, consistindo em fazer julgamentos *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos.

Considerando as normativas do MS e o Pacto pela Vida que definiu os indicadores para o monitoramento da Atenção Básica, foram selecionados os seguintes indicadores de atenção básica já disponíveis em sistemas de informação do MS: cobertura populacional, consultas médicas, visitas domiciliares de médicos e enfermeiros, encaminhamento ao especialista, solicitação de exames de patologia clínica, taxa de internação por causas sensíveis à atenção básica, número de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal e mortalidade infantil no estado de Mato Grosso, no período de 2008 a 2015..

O período escolhido foi devido que, em 2008 todos os municípios tiveram aderido à Estratégia Saúde da Família como organização e fortalecimento da Atenção Básica e que somente até 2015 todos os dados do Sistema de Atenção Básica estavam completos.

3.2 Local do Estudo

O estado de Mato Grosso, situado na região Centro-Oeste do Brasil, ocupa uma área de 903.329,7 Km². Limita-se ao norte com os estados do Pará e Amazonas, ao leste com os estados de Tocantins e Goiás, ao sul com o estado de Mato Grosso do

Sul e a oeste com o estado de Rondônia e Bolívia. O estado possui 3.075.862 habitantes, é composto por 141 municípios e apresenta baixa densidade demográfica, em torno de 3,36 habitantes por quilômetro quadrado. Quanto a classe de tamanho da população dos municípios¹, 92,9% (131) dos municípios são de pequeno porte (até 50.000 habitantes), 4,3% (06) de médio porte (até 500.000 habitantes) e 2,8% (04) de grande porte (mais de 500.001 habitantes). No interior, há grande dispersão da população, com dificuldades de acesso, grandes distâncias e barreiras geográficas entre as cidades (IBGE, 2010).

A descentralização da saúde pela via da regionalização configurou-se como uma diretriz para a mudança da organização da assistência à saúde promovida pela Política de Saúde em Mato Grosso, a partir de 1995, visando garantir a atenção integral à saúde aos cidadãos nesse espaço (Guimarães, 2002).



Fonte: SES/SAI – MT, 2005.

Figura 1 – Mapa de Mato Grosso por regiões e microrregiões.

A Figura 1 apresenta o mapa das regiões de saúde. Atualmente, Mato Grosso possui cinco regiões de saúde, que se subdividem em 14 microrregiões, sendo que nessas microrregiões existe um Escritório Regional de Saúde (ERS) como unidade representativa da SES/MT.

3.3 População/Amostra

¹ Segundo critérios IBGE, 2010.

A população deste estudo foi formada por todos os 141 municípios do estado de Mato Grosso. A amostra foi composta utilizando como critérios de **inclusão**: possuir equipes credenciadas e implantadas pelo MS no período compreendido entre janeiro e dezembro dos anos de 2008 a 2015 e estar com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) cadastrado e implantado com as informações do período a que o estudo se propõe. Foram considerados **excluídos** da amostra aqueles municípios com ausência de algum dado nos sistemas de informações selecionados no período do estudo e as unidades de saúde da família indígena.

No final, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi formada por 106 (75,2%) municípios

3.4 Indicadores

A operacionalização dos indicadores teve como referência os princípios da ESF, que deveriam ter uma expressão na prática, articulados em torno de dois grandes blocos: o acesso e a integralidade. Para definição dos indicadores de Atenção Básica à Saúde, considerou-se as Portarias GM 399/2006 e 325/2008, manuais e normas técnicas do MS que estabelecem prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Vida. Foram selecionados os indicadores que fazem parte da prioridade do Pacto pela Vida: “fortalecimento da atenção básica”, sendo adaptado ao trabalho de Donabedian (1991) quanto aos componentes de Estrutura, Processo e Resultado, que estejam disponíveis em sistemas de informação do Ministério da Saúde.

O Quadro 1 apresenta os componentes de estrutura, de processo e de resultado com os indicadores de atenção básica em saúde, segundo o Pacto pela Vida adaptado do trabalho de Donabedian.

Quadro 1 - Componentes de estrutura, processo e resultado com os indicadores de Atenção Básica em saúde, segundo o Pacto pela Vida.

COMPONENTES	INDICADORES UTILIZADOS
<p>Estrutura - são os recursos (materiais, humanos, financeiros e técnicos) previamente disponíveis para a execução das atividades de uma intervenção (projeto, programa ou serviço).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cobertura populacional potencial
<p>Processo - é o conjunto de atividades durante as quais e pelas quais os recursos são mobilizados e empregados pelos atores para produzir bens e serviços requeridos para atender às finalidades do sistema organizado da ação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Média de Consulta médica por ano ✓ Visita domiciliar por família por ano ✓ Encaminhamento ao especialista por ano ✓ Solicitação de exames de patologia clínica por ano
<p>Resultado - são os efeitos intermediários da intervenção, observados, em geral, na população-alvo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taxa de internação por condições sensíveis à atenção básica ✓ Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal ✓ Coeficiente de Mortalidade Infantil

Fonte: elaborado pela autora

3.4.1 Componente de Estrutura

Segundo Donabedian (1991), o componente de estrutura mede a quantidade de todos os tipos de recursos que são aportados ao programa para viabilizar sua implementação. Neste estudo, foi selecionada a **cobertura populacional potencial** por ser um excelente indicador para ser utilizado em estudos de avaliação de programas, pois representa a etapa inicial do monitoramento, considerado, portanto, pré-condição para o desenvolvimento dos estudos de efetividade. De acordo com a Portaria MS nº 2488/11, a cobertura populacional (CP) representa os recursos

disponíveis para atender de forma satisfatória a população adscrita. Refere-se à proporção da população assistida pela equipe de saúde da família, tendo como referência 3.450 pessoas por equipe em determinado local e período.

Neste estudo, a CP foi baseada no cadastro da população da área de abrangência da atuação das equipes de saúde segundo informações do Sistema de Informação da Atenção Básica. Para o cálculo do percentual da população cadastrada, levou-se em consideração a fórmula adotada e padronizada pelo Departamento da Atenção Básica do MS:

Cálculo	Unidade de medida
$CP = \frac{\text{Total de população cadastrada na ESF} \times 3450 \times 100}{\text{Número de residentes no município}}$	% da população coberta pela ESF

Para a informação do número de residentes no município foi feita consulta no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

3.4.2 Componente de Processo

A avaliação de processo tem sido preconizada para avaliação de programas e compreende a análise da rotina de trabalho das ESF.

Acredita-se que, com as mudanças das práticas assistenciais e a organização da atenção básica, a ESF seja capaz de solucionar 85% dos casos de saúde de sua área de atuação, sendo também responsável pelo encaminhamento para as especialidades e seu acompanhamento para a total recuperação da saúde do indivíduo (MS, 2012). Desse modo, foram analisadas as atividades de consulta médica, visita domiciliar, solicitação de exames de patologia clínica e encaminhamento ao especialista, sendo tais atividades diferenciadas dos demais modelos de atenção à saúde. A seguir discutiremos sobre a escolha desses indicadores.

Consulta Médica (CM)

A consulta médica é considerada uma das principais atividades no trabalho cotidiano da equipe de saúde da família, devendo atender todos os segmentos (crianças, adolescentes, mulheres, homens e idosos) em uma sistemática de horários de acordo com o planejamento da equipe. Neste estudo, essa variável se refere ao quantitativo anual de consultas do profissional médico com base nos dados fornecidos pelo SIAB.

Para efeito de cálculo foi considerado o seguinte cálculo:

Cálculo	Unidade de medida
$CM = \frac{\text{Número de consultas médicas realizadas no ano}}{\text{Número de residentes no município}}$	média de Consultas médicas/residentes/ ano

Visita Domiciliar por Família² (VD)

A Estratégia Saúde da Família pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo um instrumento de acompanhamento das famílias, fundamental para equipes como meio de conhecimento da realidade da população, estabelecimento de vínculos com a mesma e compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares. Portanto, essa atividade pode ser utilizada como indícios de mudanças no modelo assistencial.

Nesta pesquisa, foi calculado com base nos dados fornecidos pelo SIAB, sendo realizado da seguinte forma:

² O número de famílias foi calculado dividindo-se a população residente no município pelo número média de pessoas por família: 3,4 na Região Centro-Oeste (IBGE).

Cálculo	Unidade de medida
$VD = \frac{N \text{ de VD médico} + N \text{ de VD enfermeiro/ano}}{\text{Número famílias X número de meses no ano}}$	Número de Visitas Domiciliares/ família/ano

Encaminhamento ao especialista (EEsp)

Buscando garantir a integralidade na assistência prestada, a ESF necessita de uma integração com as redes secundárias e terciárias para os encaminhamentos aos especialistas para diagnóstico, tratamento, internação e reabilitação.

Para efeito, realizou-se o seguinte cálculo com base nos dados fornecidos pelo SIAB:

Cálculo	Unidade de medida
$EEsp = \frac{N \text{ encaminhamentos ao especialista/ano}}{N \text{ consulta médica/ano}}$	Número de encaminhamento ao especialista / Consultas médicas/ ano

Solicitação de Exames de Patologia Clínica (SEpc)

Com base na integralidade na assistência prestada, faz parte das atividades desenvolvidas pelos médicos e enfermeiros a solicitação de exames de patologia clínica, entendida como exame complementar que tem por finalidade dar consistências às informações realizadas durante a consulta médica e de enfermagem através da anamnese e exame físico.

O cálculo adotado foi de acordo com o estabelecido pelo MS para avaliação de atendimento ambulatorial.

Cálculo	Unidade de medida
SEsp = $\frac{\text{N solicitação de exames de patologia clínica/ano}}{\text{N consulta médica/ano}}$	Número de solicitação de exames de patologia clínica / Consultas médicas /ano

3.4.3 Componente de Resultado

De acordo com Donabedian (1991), esse componente se refere ao produto final da assistência prestada. Neste trabalho foram selecionados indicadores que podem revelar o resultado da expansão da ESF para o sistema de saúde pública municipal como um todo. Assim, esta pesquisa analisou taxa de internação por causas sensíveis à atenção primária, proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal e coeficiente de mortalidade infantil. A seguir discutiremos a pertinência da escolha desses indicadores.

Taxa de internação por causas sensíveis à atenção básica (TICSAB)

Na década de 80, nos EUA, foi criado um indicador, o CSAP - *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (Condições sensíveis à atenção primária), para avaliar o impacto da falta de acesso a serviços na atenção primária.

Os CSAP são indicadores indiretos da efetividade da atenção primária, pressupondo que as pessoas internadas por CSAP não receberam atenção de saúde efetiva em momento oportuno, agravando sua condição clínica e levando à internação hospitalar (Nedel et al., 2011).

CSAP são um conjunto de problemas de saúde atendidos por atividade típicas da atenção primária (prevenção de doenças, o diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, bem como o controle e acompanhamento de patologias crônicas) desenvolvidas de forma oportuna e efetiva que podem reduzir as internações hospitalares (Nedel et al., 2011).

No Brasil, foi publicado através da Portaria MS/SAA nº 221, de 17 de abril de 2008, uma lista Brasileira de Internações por condições Sensíveis à AB. Em 2013, o

MS atualizou e lançou o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para 2013 – 2015, no qual foram definidas as principais patologias: doenças evitáveis por imunização, gastroenterite de origem infecciosa presumível, anemia, deficiências nutricionais, infecções de nariz, ouvido e garganta, pneumonias bacterianas, asma, bronquites, hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, diabetes mellitus, epilepsias, infecção no rim e no trato urinário, infecção da pele e tecido subcutâneo, doença inflamatória nos órgãos pélvicos femininos e síndrome da rubéola congênita.

Para a composição dessa taxa de internação, foi feita a razão entre a soma das internações dessas doenças e o total de residentes no município no mesmo ano, multiplicado por cem, achando assim uma taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária para um conjunto de mil habitantes/ano:

Cálculo	Unidade de medida
$\text{TICSAB} = \frac{\text{N internações por causas sensíveis à atenção básica/ano}}{\text{N internações clínicas mesmo ano}} \times 100$	% de internação / ano

Os dados foram fornecidos pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), para a seleção dos mesmos foram utilizados os seguintes critérios: “lista de morbidade CID 10” e “Local de residência”.

Proporção de Nascidos Vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (PNVM7C)

A análise desse indicador contribui para evidenciar a qualidade da assistência pré-natal, o acesso ao serviço e identificando situações de desigualdades. Quanto maior o número de consultas de pré-natal realizadas, menor o risco de morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (Anjos, Boing, 2016).

Calculou-se, com base nos dados fornecidos pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SISNASC), a relação entre o número de gestantes que realizaram mais de sete consultas de pré-natal e o total de gestantes cadastradas no mesmo ano:

Cálculo	Unidade de medida
$NV = \frac{\text{N nascidos vivos de mães residentes com mais de sete consultas de pré-natal}}{\text{N nascidos vivos de mães residentes/ano}} \times 100$	% Nascidos Vivos / ano

Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI)

De acordo com Starfield (2002), o coeficiente de mortalidade infantil tem a capacidade de refletir o nível de saúde e desenvolvimento social, portanto a sua indicação para avaliação em saúde tem sido altamente reconhecida.

Para o cálculo do coeficiente de mortalidade infantil foi considerado o número de óbitos de residentes com menos de um ano de idade, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes por 1.000.

Cálculo	Unidade de medida
$NV = \frac{\text{N óbito em menores de 1 ano residentes/ano}}{\text{N nascidos vivos de mães residentes/ano}} \times 1000$	Número de Óbitos/ 1000 nascidos vivos / ano

3.5 Fontes de Dados

Os dados foram obtidos dos seguintes sistemas de informação: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), Sistema de

Informação sobre Mortalidade (SIM), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) disponibilizados no *síte* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Além disso, foi realizada a busca, pessoalmente, na Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso (SES/MT) para a confirmação do número de equipes da Estratégia Saúde da Família em cada município.

Para melhor compreensão quanto à fonte de dados e os indicadores selecionados, foi elaborado o Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 – Identificação do componente, fonte, dado e indicador para o estudo proposto.

Componente	Fonte de dados	Dado	Indicador	Unidade de medida
Estrutura	SIAB	Total de população cadastrada na ESF	Cobertura Populacional	% da população coberta pela ESF
	IBGE	Estimativa da população residente por município		
Processo	SIAB	Número de consulta médica por ano	Consulta Médica	Média de consultas médicas/residentes / ano
	IBGE	Estimativa da população residente por município		
	SIAB	Número de visita domiciliar realizada pelo médico e pelo enfermeiro por ano	Visita Domiciliar	Número de Visitas Domiciliares/ família/ano
	SIAB	Número de famílias por ano		
	IBGE	Média de pessoas por família		
Processo	SIAB	Número de encaminhamentos ao especialista por ano Número de consulta médica por ano	Encaminhamento ao especialista	Número de encaminhamento ao especialista / Consultas médicas/ano
	SIAB	Número de solicitação de exames de patologia clínica por ano	Solicitação de Exames de patologia Clínica	Número de solicitação de exame de patologia clínica / Consultas médicas/ano
	SIAB	Número de consulta médica por ano		
				Quebra...

Componente	Fonte de dados	Dado	Indicador	Continuação... Unidade de medida
	SIH-SUS	Número de internações por patologia – lista de morbidades CID 10: asma, pneumonia, insuficiência cardíaca e diarreia gastroenterite por local de residência	Taxa de internação por causas sensíveis à atenção básica	% de internação/ano
	IBGE	Estimativa da população residente por município		
	SISNASC	Número de nascidos vivos de mães residentes no município com sete ou mais consultas de pré-natal. Total de nascidos vivos de mães residentes no município no mesmo período	Proporção de nascidos vivos de mães residentes no município com sete ou mais consultas de pré-natal	% Nascidos Vivos/ano
	SIM	Número de óbito de residentes com menos de um ano de idade no ano	Coeficiente de Mortalidade Infantil	Número de óbitos/ 1000 nascidos vivos / ano
	SINASC	Total de nascidos vivos de mães residentes no mesmo período		

Fonte: elaborado pela autora

3.6 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram exportados e organizados em planilhas do Excel 2010 for Windows para o adequado armazenamento das informações. As análises estatísticas foram realizadas com o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 20.0.

Foi realizado o teste de normalidade Shapiro Wilker que demonstrou que não há distribuição normal, posteriormente os dados foram analisados através do Coeficiente de correlação de Spearman (r_{ho}) (Vieira, 2010) com o intuito de quantificar

a correlação entre Cobertura Populacional Potencial (indicador de estrutura), e os indicadores de processo (consulta médica, visita domiciliar, solicitação de exames de patologia clínica e encaminhamento ao especialista) e entre Cobertura Populacional Potencial (indicador de estrutura) e os indicadores de resultados (taxa de internação por causas sensíveis à atenção primária, proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal e coeficiente de mortalidade infantil).

A análise estatística de todas as informações coletadas nesta pesquisa foi inicialmente feita de forma descritiva através da média, mediana, valores mínimo e máximo, desvio padrão e frequência absoluta e percentual. Foi feita a descrição de todos os dados, analisando todos os municípios e indicadores.

Em todas as conclusões obtidas através das análises inferenciais foi utilizado o nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

3.7 Aspectos Éticos

O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/EPM sob o protocolo 691.439.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

Caracterização dos municípios e comportamento dos indicadores

De um total de 141 municípios em Mato Grosso, 106 (75,2%) apresentaram informações completas, permitindo a análise dos indicadores selecionados.

Os resultados serão apresentados em dois tópicos, o primeiro referente à caracterização dos municípios e o comportamento descritivo dos indicadores no período de 2008 a 2015 e, posteriormente, a exposição de gráficos de dispersão e a correlação entre os indicadores de estrutura, de processo e de resultado.

Ao analisar o porte do município, observa-se que 98 (92,5%) são de pequeno porte (até 50.000 habitantes), 05 (4,7%) de médio porte (até 500.000 habitantes) e 03 (2,8%) de grande porte (mais de 500.001 habitantes). Mato Grosso é formado por 16 regiões de saúde. No Quadro 3, distribuimos os municípios pela região de saúde a que pertencem.

Quadro 3 – Distribuição dos municípios de Mato Grosso segundo a região de saúde. Cuiabá-MT, 2016.

Regiões de Saúde	Municípios
Alto Tapajós	Alta Floresta, Apiacás, Carlinda, Nova Bandeirantes, Nova Monte Verde e Paranaíta
Baixada Cuiabana	Cuiabá, Acorizal, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Nova Brasilândia, Planalto da Serra, Poconé e Santo Antônio do Leverger
Baixo Araguaia	Porto Alegre do Norte, Canabrava do Norte, Confresa, Santa Terezinha e Vila Rica
Norte Araguaia Karajá	São Félix do Araguaia, Alto Boa Vista, Luciara e Serra Nova Dourada
Centro Norte Matogrossense	Diamantino, Alto Paraguai, Nortelândia, Nova Maringá e São José do Rio Claro
Garça Araguaia	Barra do Garças, Campinápolis, General Carneiro, Nova Xavantina, Novo São Joaquim, Pontal do Araguaia, Ribeirãozinho e Torixoréu
Médio Araguaia	Água Boa e Querência
Médio Norte Matogrossense	Tangará da Serra, Arenápolis, Barra do Bugres, Campo Novo do Parecis, Denise, Nova Marilândia, Nova Olímpia, Santo Afonso e Sapezal
	Quebra

	Continuação ...
Regiões de Saúde	Municípios
Norte Matogrossense	Colíder, Marcelândia, Nova Canaã do Norte, Nova Guarita e Nova Santa Helena
Noroeste Matogrossense	Juína, Brasnorte, Castanheira, Colniza, Cotriguaçu e Juruema
Oeste Matogrossense	Araputanga, Lambari D'oeste, Mirassol d'Oeste, Reserva do Cabaçal, Rio Branco, Salto do Céu e São José dos Quatro Marcos
Sudoeste Matogrossense	Pontes e Lacerda, Comodoro, Conquista D'Oeste, Nova Lacerda e Vale de São Domingos
Sul Matogrossense	Rondonópolis, Alto Araguaia, Alto Graças, Alto Taquari, Campo Verde, Dom Aquino, Guiratinga, Itiquira, Jaciara, Juscimeira, Paranatinga, Pedra Preta, Poxoréo, Primavera do Leste, Santo Antônio do Leste, São Pedro da Cipa e Tesouro
Teles Pires	Sinop, Cláudia, Feliz Natal, Ipiranga do Norte, Lucas do Rio Verde, Nova Mutum, Nova Ubiratã, Santa Carmem, Santa Rita do Trivelato, Sorriso, Tapurah, União do Sul e Vera
Vale do Arinos	Porto dos Gaúchos
Vale do Peixoto	Peixoto do Azevedo, Guarantã do Norte, Matupá, Novo Mundo e Terra Nova do Norte

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto ao comportamento dos indicadores da atenção básica segundo os componentes de estrutura, processo e resultado no período de 2008 a 2015 (Quadro 4), Mato Grosso possuía uma população de 2.373.858 habitantes em 2008 aumentando em 2015 para 2.642.641, com um crescimento populacional de 11,32%. Nesse período, a média da cobertura populacional (CP) da Estratégia Saúde da Família em 2008 era de 83,33%, aumentando em 87,69% para 2015, um aumento percentual de 5,23% entre o período de 2008 e 2015.

A média de consulta médica (CM) era de 1,19 consultas médicas/residente/ano em 2008, aumentando para 1,75 em 2012 e reduzindo para 1,55 em 2015.

Em relação à visita domiciliar, alguns municípios apresentaram o valor mínimo menor que uma visita domiciliar/família/ano. A média da visita domiciliar variou de 23 visitas domiciliares/família/ano em 2008, caindo para 21,55 em 2012 e declinando para 21,36 em 2015, com variância de 47,96 no período.

No que concerne ao encaminhamento ao especialista (EEsp), a média variou de 0,19 encaminhamento ao especialista/consulta médica/ano em 2008, caindo para 0,09 em 2011, 2012 e 2013 e reduzindo para 0,07 em 2015.

No que diz respeito à solicitação de exames de patologia clínica (SEpc), a média era de 1,73 solicitações de exames de patologia clínica/consulta médica/ano em 2008, no ano seguinte caiu para 0,51 em 2009, aumentando para 0,94 em 2013 e teve um leve declínio para 0,87 em 2015.

No que se refere à Taxa de Internação por causas sensíveis à atenção básica (TICSAB), a média apresentou redução no período estudado, sendo 35,61% em 2008, 32,91% em 2012 e reduzindo para 28,81% em 2015.

No tocante à Proporção de Nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (NVM7C), observa-se que o valor máximo desse indicador se manteve alto no período, em 2008 era 95,37%, aumentando em 2012 para 100% e sofrendo uma leve queda para 96,90% em 2015.

Com relação ao Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), a média foi reduzindo gradativamente, em 2008 era de 20,30/mil nascidos vivos, caindo para 14,31 em 2012 e chegando a 13,91 em 2015.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
									Continuação ...
Variável	20,00	33,33	30,14	26,36	21,09	15,67	21,13	24,00	Variância de 2008 a 2015
NVM7C (%)	95,37	96,95	97,10	97,44	100,00	96,00	96,00	96,90	
Mínimo	63,09	67,05	68,97	66,92	68,48	67,30	69,57	70,88	
Máximo	63,83	68,33	72,66	69,15	70,03	68,79	70,16	71,96	33,20
Média	19,19	15,36	14,19	14,07	13,96	15,05	13,69	12,86	1,98
Mediana									
DP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
CMI (por mil NV)	100,00	90,91	136,69	100,00	64,63	117,65	73,94	111,11	
Mínimo	20,31	18,73	16,25	15,56	14,31	15,03	14,75	13,91	
Máximo	15,15	15,27	13,47	13,77	13,58	13,70	13,01	11,67	0,00
Média	20,49	16,06	16,30	14,71	12,21	15,31	13,20	14,66	541,53
Mediana									
DP									

Fonte: dados da pesquisa

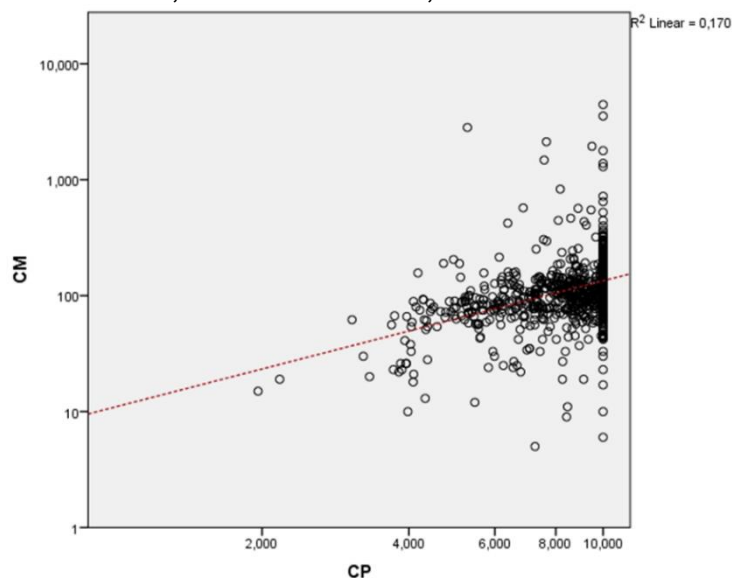
Legenda: CPP – Cobertura Populacional Potencial, CM – Consulta Médica, VD – Visita Domiciliar, EESP – Encaminhamento a Especialista, SEpc – Solicitação de Exame Patologia Clínica, TICSAP – Taxa de Internação por Causas Sensíveis à Atenção Primária, NVM7C – Nascidos vivos de mães com mais de 7 consultas de Pré-natal, CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil

Correlação dos indicadores de atenção básica à saúde de estrutura e de processo da Estratégia Saúde da Família

Para realizar a correlação dos indicadores de estrutura e processo e estrutura e resultado a fim de verificar se havia correlação entre essas variáveis, se é positiva ou negativa e o comportamento durante os anos de 2008 a 2015, foi realizado o Coeficiente de correlação de Spearman (r_{ho}) entre o componente de estrutura (Cobertura Populacional) e o componente de processo (Consulta Médica, Visita Domiciliar, Encaminhamento ao especialista, Solicitação de exames de patologia clínica), e posteriormente, entre componente de estrutura (Cobertura Populacional) e componente de resultado (taxa de internação por causas sensíveis à atenção básica, proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal e coeficiente de mortalidade infantil).

O coeficiente de correlação de Spearman expressa um valor de r_{ho} entre -1,00 e +1,00, indicando uma associação (negativa ou positiva). No caso de uma correlação positiva, a variável x se dá na mesma proporção que a variável y ; já no caso de uma correlação negativa, à medida que a variável x cresce a variável y decresce (VIEIRA, 2010).

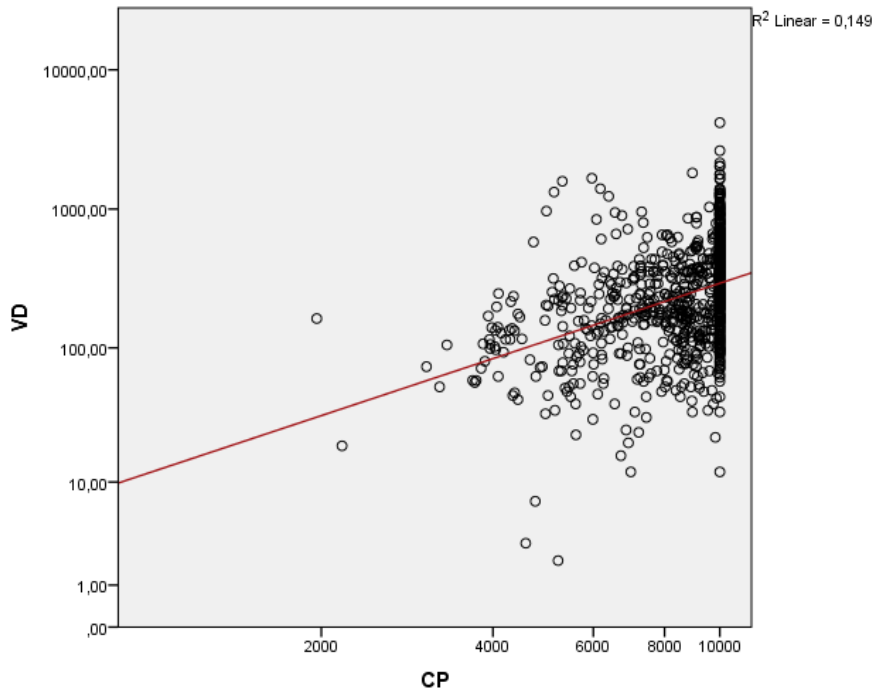
Gráfico de dispersão 1: Proporção da Cobertura Populacional pelas Equipes de Saúde da Família e a média de Consulta Médica por residente por ano, no período de 2008 a 2015, em Mato Grosso, 2018.



Fonte: dados da pesquisa

O gráfico acima apresenta correlação positiva (0,4847 ρ_{rho} : 0,000), ou seja, à medida que aumenta a cobertura populacional aumenta também a média de consultas médicas por residente por ano.

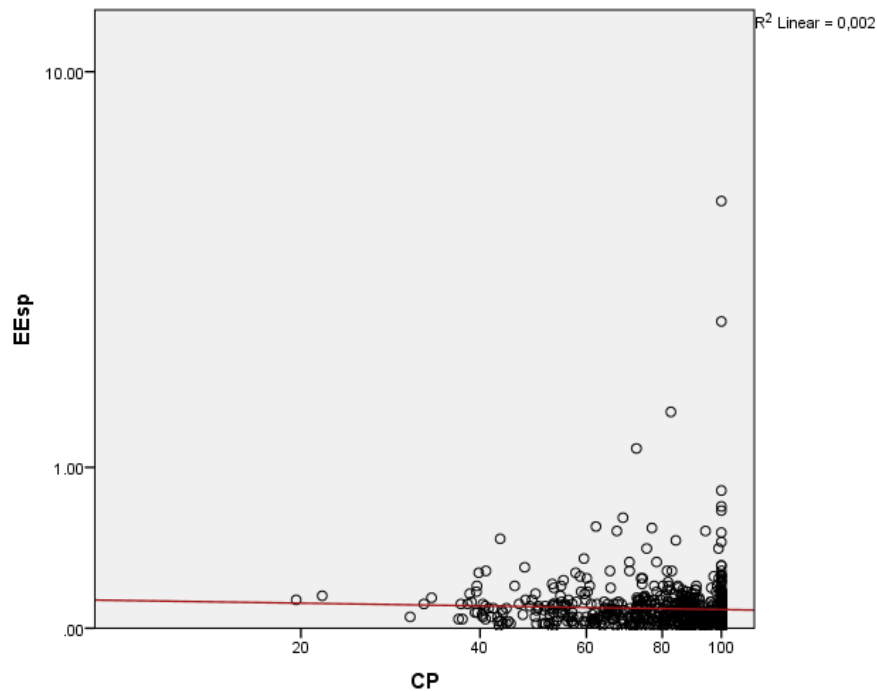
Gráfico de dispersão 2: Proporção da Cobertura Populacional pelas Equipes de Saúde da Família e Visita Domiciliar por família por ano, no período de 2008 a 2015, em Mato Grosso, 2018.



Fonte: dados da pesquisa

Uma correlação positiva (0,4202 ρ_{rho} : 0,000) foi observada entre a cobertura populacional e VD, ou seja, à medida que aumenta a cobertura populacional aumenta o número de Visita Domiciliar por família e por ano (Gráfico 2).

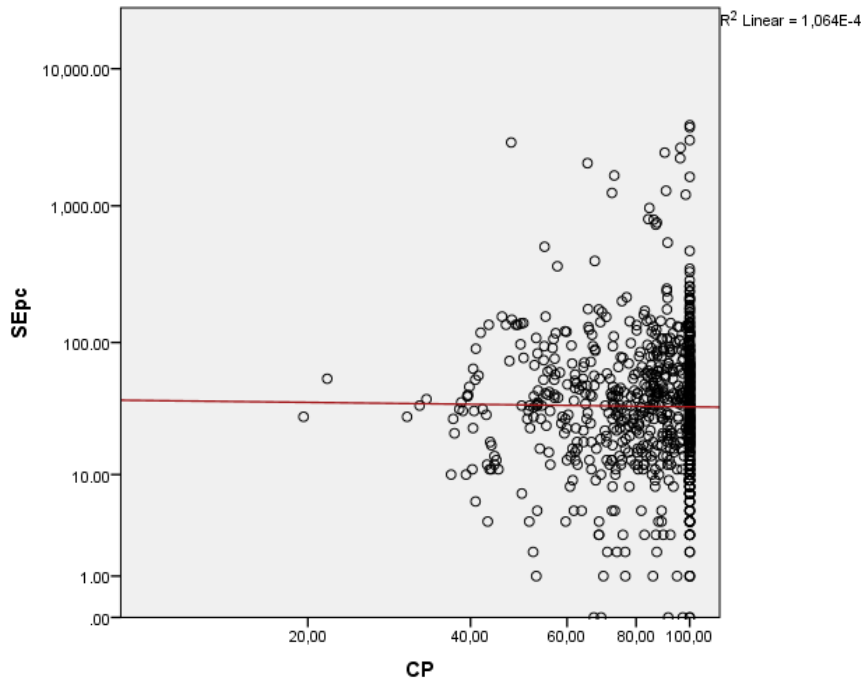
Gráfico de Dispersão 3: proporção de Cobertura Populacional pelas equipes de saúde da família e Encaminhamento à Especialista por consulta médica por ano, no período de 2008 a 2015, em Mato Grosso, 2018.



Fonte: dados da pesquisa

Existe correlação negativa ($-0,0984$ $p_{rho}: 0,004$) entre os indicadores analisados, ou seja, à medida que aumenta a cobertura populacional há uma redução do número de encaminhamentos ao especialista por consulta médica por ano (Gráfico 3).

Gráfico de dispersão 4: proporção da Cobertura Populacional pelas equipes de saúde da família e Solicitação de Exames de patologia clínica por consulta médica por ano, no período de 2008 a 2015, em Mato Grosso, 2018.



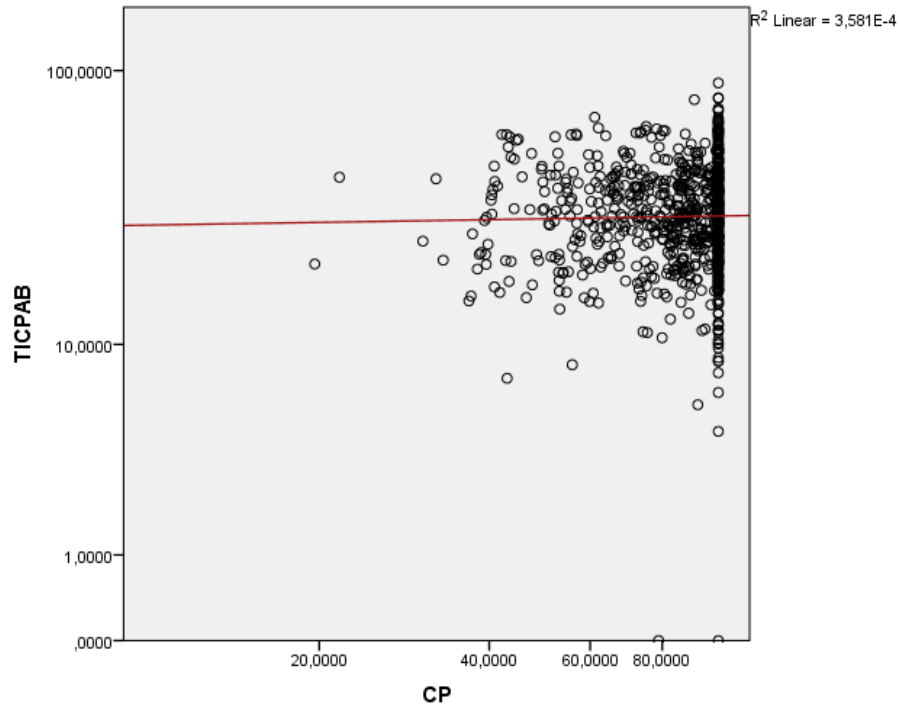
Fonte: dados da pesquisa

Há correlação negativa ($-0,0527$ ρ_{rho} : $0,1248$), ou seja, quando há aumento da cobertura populacional pelas equipes de saúde da família há uma redução da solicitação de exames de patologia clínica por consulta médica ano (Gráfico 4).

Correlação dos indicadores de atenção básica à saúde de estrutura e de resultado da Estratégia Saúde da Família

Realizou-se também a correlação entre o componente de estrutura (cobertura populacional) e de resultado (Taxa de Internação por Causas Sensíveis à Atenção Básica, do Percentual de Nascidos Vivos de mães com sete ou mais consultas de Pré-Natal por ano e do Coeficiente de Mortalidade Infantil) através do Coeficiente de correlação de Spearman (r_{rho}) para identificar se existe correlação e caso afirmativo, se é positiva ou negativa.

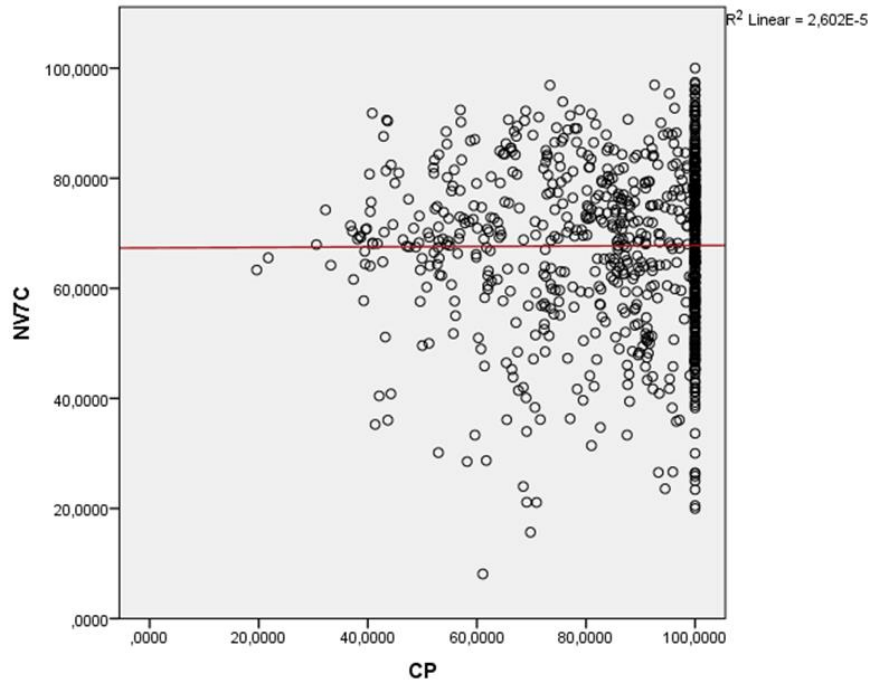
Gráfico dispersão 5: Proporção da Cobertura Populacional pelas equipes de saúde da família e a Taxa de Internação por Causas Sensíveis à Atenção Básica por ano, no período de 2008 a 2015, em Mato Grosso, 2018.



Fonte: dados da pesquisa

Existe correlação positiva (0,0252 ρ_{rho} : 0,4631) entre os indicadores, ou seja, quando há aumento da cobertura populacional, há um aumento da taxa de internação por Causas Sensíveis à Atenção Básica por ano (Gráfico 5).

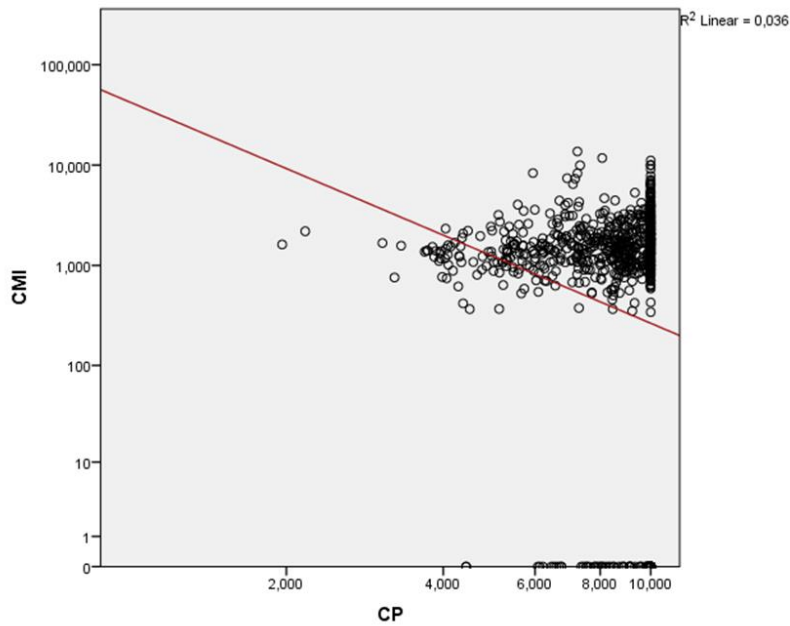
Gráfico dispersão 6: Proporção da Cobertura Populacional pelas equipes de saúde da família e Percentual de Nascidos Vivos de mães com sete ou mais consultas de Pré-Natal por ano, no período de 2008 a 2015, em Mato Grosso, 2018.



Fonte: dados da pesquisa

Observou uma correlação positiva (0,0114 ρ_{rho} : 0,740) no gráfico acima. Assim, quando aumenta a cobertura populacional, cresce também o percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal por ano (Gráfico 6).

Gráfico de dispersão 7: Proporção da Cobertura Populacional pelas equipes de saúde da família e Coeficiente de Mortalidade Infantil por ano, no período de 2008 a 2015, em Mato Grosso, 2018.



Fonte: dados da pesquisa

Observa-se uma correlação negativa ($-0,0317$ $\rho_{\text{rho}}: 0,356$), ou seja, à medida que aumenta a cobertura populacional, reduz o Coeficiente de Mortalidade Infantil por ano (Gráfico 7).

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar a influência da ESF nos indicadores da atenção básica em saúde em Mato Grosso buscando conhecer a situação destes e discutir seus resultados no intuito de contribuir para a consolidação da ESF, apontando se houve ou não mudanças nas práticas assistenciais e nas condições de saúde dos indivíduos. O estado de Mato Grosso possui grande extensão territorial, porém tem baixa densidade demográfica, 3,36 hab/Km², segundo censo demográfico em 2010 (IBGE, 2018). O estado tem 141 municípios e a grande maioria (92,9%) tem menos de 50 mil habitantes.

Alguns estudos apontam que os municípios de pequeno porte apresentam dificuldades na implementação da ESF por baixa qualificação técnica na gestão, alta rotatividade dos profissionais de saúde, profissionais com pouca formação específica associada ao pouco tempo de formação e inexistência de educação permanente, dificuldades de acesso a tecnologias de média e alta complexidade, o que acaba exigindo alternativas na gestão do SUS para suprir as necessidades em todos os níveis de atenção (Silva, 2011; Botti et al., 2013).

A organização da descentralização da Secretaria do Estado de Saúde (SES) em Mato Grosso foi iniciada na década de 1980, considerando as questões geográficas, políticas e econômicas. Na vigência do Pacto pela Saúde, criado pelo MS em 2006, em MT foram instituídas 16 microrregiões de saúde que posteriormente passaram a ser denominadas em regiões de saúde (Martinelli, 2014). Essas regiões de saúde têm como proposta orientar e propor diretrizes para superar a fragmentação decisória, oferecer meios para integrar os sistemas municipais de saúde sob a coordenação do gestor estadual e prever a pactuação das responsabilidades compartilhadas entre os três entes federativos, expressas nos termos de compromisso assinados entre os gestores (MS, 2006).

Ao refletir sobre os resultados do comportamento dos indicadores de atenção básica na ESF neste estudo, com relação ao componente de estrutura, verificou-se que sempre se manteve alta a proporção da cobertura populacional pela equipe de saúde da família, sendo acima de 80% ao longo dos oito anos estudados, corroborando, dessa forma, com os resultados obtidos nos estudos de Malta et al.

(2016) e Silva (2011) que apontaram aumento da cobertura populacional acima de 80% nos estados de Tocantins, Paraíba e Piauí, em áreas rurais e em município de pequeno porte.

Com o aumento da cobertura populacional da ESF é esperada a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, pois segundo o MS essa é a porta de entrada aos serviços de saúde incorporando melhoria nos cuidados recebidos, refletindo nos indicadores de saúde: redução na mortalidade infantil, detecção precoce de cânceres, menor mortalidade devido às causas preveníveis e aumento da expectativa de vida (Malta et al. 2016; Binda, Bianco e Sousa, 2013).

Com o aumento da demanda às equipes de saúde da família, espera-se que ocorram mudanças das práticas assistenciais, garantindo a superação das necessidades de saúde e de vida da população adscrita. A ESF surgiu como um novo modelo assistencial e reorganização no processo de trabalho, contando com uma equipe multiprofissional, tendo a família como o centro da atenção, afastando o cuidado individualizado e centrado na doença. Para tanto, a estratégia é calcada em atividades que primam a prevenção de doenças e promoção da saúde, tendo uma resolutividade acima de 85% das necessidades da população adscrita.

Nessa premissa, ao analisar os dados deste trabalho, considerando o componente de processo como atividades que envolvem a equipe multiprofissional, buscou explorar os indicadores com a finalidade de encontrar rupturas com o modelo assistencial centrado na doença. Os indicadores consultas médicas, visita domiciliar, encaminhamentos ao especialista considerando a organização do sistema de referência e contrarreferência e a solicitação de exames de patologia clínica, essas atividades, com a implantação e evolução da ESF, sugeriram uma melhora da ESF no município (MS, 2010).

Assim, percebe-se algumas divergências no comportamento dos indicadores de processo. Observa-se que houve um aumento (+30,25%) na média de consultas médicas nos oito anos estudados, sugeriu melhora no acesso ao serviço da atenção básica. Em contrapartida, a média de visitas domiciliares por família por ano realizadas pelo médico e enfermeiro declinou ao longo do tempo (-7,13%), deixou a desejar como uma ferramenta essencial na saúde da família. Por outro lado, a média de encaminhamentos ao especialista, que teve uma redução significativa entre os

anos de 2008 e 2015 (-63,16%), o que pode nos fazer pensar que a ESF conseguiu resolver os problemas de saúde na atenção básica. O mesmo fenômeno ocorreu com a solicitação de exames de patologia clínica, com redução (-49,71%) no período analisado

A consulta médica na ESF tem características específicas: busca aumentar, fortalecer o vínculo “paciente e profissional”, focada em compreender as necessidades do indivíduo, e não somente a doença, com participação e negociação com a pessoa que está sendo cuidada, realizando uma abordagem compreensiva no manejo da enfermidade e de sua família (Ramos, 2008).

Os resultados apontados em nossa pesquisa, nos leva a inferir que com aumento da cobertura populacional a ESF proporcionou o aumento da demanda da população ao atendimento médico, contudo essa demanda está impossibilitando que a equipe multiprofissional exerça outras atividades previstas que provoquem mudanças nas práticas assistenciais da comunidade adscrita e consigam dar resolutividade aos problemas de saúde.

Uma dessas atividades previstas é a visita domiciliar que tem características distintas, sendo considerada um instrumento de trabalho da equipe multiprofissional que possibilita a aproximação com a família, compreendendo como se dá as relações entre as pessoas que a constituem, aponta as fragilidades no autocuidado, diagnósticos das questões de saúde da comunidade e promove a educação em saúde (Cunha, Sá, 2013).

Além do acolhimento, diagnóstico precoce e tratamento a nível da atenção básica à saúde, a ESF deve se organizar de maneira que permita a integralidade da atenção à saúde do indivíduo com os demais serviços de saúde. A ESF torna-se uma potência na ação regulatória da rede de atenção à saúde municipal, pois é ela que vai direcionar o usuário ao especialista. A rede deve estar organizada, devendo ter normas e mecanismos de fluxos de referência e contrarreferência claras e de amplo conhecimento pelos profissionais da ESF para que não haja “furos” no momento de transferir um paciente para um serviço especializado. Caso esse sistema não esteja organizado, acaba comprometendo a efetividade da estratégia (Ferreira et al., 2017).

Semelhante ao resultado deste trabalho, o estudo realizado por Cruz (2013) com os médicos da ESF em 14 municípios de Minas Gerais, em 2012, apontou que 93,5%

dos participantes afirmaram ter reduzido os encaminhamentos a especialistas após a implantação da ESF.

Já no estudo realizado por Ferreira et al. (2017) com os profissionais da ESF, os participantes relataram incertezas e inseguranças na operacionalização do sistema de regulação municipal, enfatizando a importância dos profissionais em adquirir novas habilidades para o desempenho de suas funções nessa nova proposta de trabalho. Talvez possa ser que esses mesmos sentimentos estejam presentes nos profissionais das equipes de saúde da família em Mato Grosso.

Apesar do avanço da ESF em determinadas localidades, como os estudos apontam, a realidade que se observou no cotidiano das unidades de saúde são pacientes “soltos e perdidos” com o encaminhamento à especialista nas mãos, porém sem saber a quem recorrer, o que acaba comprometendo o acompanhamento integral da saúde destes.

Quanto à solicitação de exames de patologia clínica por consulta médica por ano para auxiliar no diagnóstico médico e acompanhamento do tratamento, no Brasil, são raros os estudos que abordam diretamente a solicitação de exames médicos, sendo fragmentados e não condizentes com a realidade do sistema de saúde como um todo (MS, 2002).

A reflexão desse componente de processo nos levou a reconhecer que, para que haja mudança no modelo de saúde hegemônico, é preciso que ocorram mudanças de comportamento de todos os envolvidos, passando pelos gestores, pelos profissionais de saúde e chegando aos usuários. Para que isso aconteça, é necessário modificar a formação dos profissionais de saúde que futuramente estarão trabalhando na ESF.

A formação dos profissionais de saúde deve estar calcada em dois pilares: a inter/transdisciplinaridade no trabalho em equipe e a interação/comunicação entre a equipe e a comunidade. O trabalho interdisciplinar tem como significado: “a possibilidade de a prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto onde estão inseridas”. Já a comunicação entre a equipe é a capacidade de falar e ouvir o outro buscando acordos para entendimento mútuo, nesse processo estão excluídas a imposição, a coerção e a extorsão (Araújo, Rocha, 2007).

Quanto ao componente de resultado, este estudo escolheu três indicadores que estão relacionados à acesso, morbidade e à mortalidade, que são potencialmente influenciadas pela presença da atenção básica em saúde.

Os resultados apresentados nesta pesquisa, descreveu um comportamento positivo destes indicadores, apontando declínio na taxa de internação por causas sensíveis à atenção primária, aumento da proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas no pré-natal e redução do coeficiente de mortalidade infantil.

Nos resultados deste trabalho, comparando o valor máximo da TICSAB em 2008 (79,74%) e o valor máximo em 2015 (73,33%), houve redução de 8,04% das internações. A média se manteve acima de 30% ao longo do período estudado, podemos inferir que a ESF contribuiu com a redução desse indicador.

Apesar de que este estudo apresenta limitações por considerar apenas dados secundários oriundos dos sistemas oficiais de informação do MS e, nesse sentido, sujeitos aos possíveis vieses relacionados à qualidade dos dados disponíveis. Embora, observa-se melhoria da qualidade das informações e a grande disponibilidade dessas informações que podem também contribuir para o aumento dos valores em determinados momentos. Além disso, ao analisar esse indicador, é preciso considerar também as condições de vida da população estudada como perfil sociodemográfico e econômico das populações, as situações epidemiológicas específicas, a própria organização da rede de serviços existentes e as atividades das equipes de ESF em especial.

Estudo semelhante com a utilização de dados secundários, realizado por Moura et al. (2010) com dados do Sistema de Informação Hospitalar no período de 1999 a 2006, analisando as tendências das principais causas de internações hospitalares sensíveis à atenção primária, demonstrou a redução das taxas de internação por gastroenterite (-12,0%) e asma (-31,8%) e incremento de 142,5% nas taxas de internações por pneumonias bacterianas.

Outro estudo analisando a TICSAP em menores de 5 anos e sua relação com a expansão proporcional da ESF no período de 2000 a 2010, no Piauí, apontou positividade na proporção geral da taxa de internação, principalmente um declínio significativo das doenças infecciosas e parasitárias (Barreto, Nery e Costa, 2012).

Em um estudo realizado por Santos et al. (2017) com 13 médicos da ESF, em Minas Gerais, com o objetivo de conhecer a percepção dos médicos sobre o indicador internação por causas sensíveis na atenção primária, verificou-se a falta de conhecimento desse indicador e a não utilização do mesmo no planejamento de ações de intervenção, prevenção e promoção da saúde.

Outro indicador utilizado para análise da qualidade da assistência à saúde materno infantil no âmbito da atenção básica se refere à assistência pré-natal, seguindo os critérios do Programa de Humanização do Parto e Nascimento implantado pelo MS no ano de 2000, que tem como proposta aumentar e melhorar o acesso e acolhimento precoce das gestantes, garantindo o número mínimo de seis consultas de pré-natal, e uma série de outras ações assegurando diminuir a morbimortalidade materno infantil (Oyerinde, 2013; Lansky et al., 2014; Tomasi et al., 2017).

Neste estudo foi avaliada a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Percebeu-se que esse indicador apresentou valores acima de 90% durante o período estudado, com 1,60% de aumento entre os anos de 2008 e 2015. Esses dados são satisfatórios, podendo inferir que as gestantes tiveram acesso e foram acompanhadas pelos profissionais da saúde da família.

Outros estudos também apontam dados semelhantes, como o que traz parte da avaliação externa do primeiro ciclo do Programa Nacional para a Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizado em todas as unidades de saúde da família no Brasil, apontando que das 227 mulheres entrevistadas, 89% responderam que realizaram mais que seis consultas de pré-natal (Corrêa et al., 2014). Assim como estudo realizado em São Paulo com 308 mulheres inscritas no SISPRENATAL, em 2011, 84,1% também realizaram acima de seis consultas de pré-natal (Tomasi et al., 2017).

Verifica-se o mesmo fenômeno de positividade ao analisar o Coeficiente de Mortalidade Infantil no período estudado que apresentou declínio de 31,51%. No Brasil, no ano de 2011, a taxa de mortalidade infantil foi 15,3 por mil nascidos vivos, atingindo a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, compromisso dos governos integrantes das Nações Unidas de melhorar a saúde infantil e reduzir em

2/3 a mortalidade infantil entre 1990 e 2015 (Maranhão et al., 2012; Murray et al., 2007).

Estudo semelhante em Minas Gerais no período de 1999 a 2011, analisando o Coeficiente de Mortalidade Materna através de dados secundários dos sistemas oficiais de informação, descreveu que esse indicador reduziu 39,3% no período (Lisboa et al., 2015). A queda desse indicador revela que houve melhora na assistência prestada ao binômio mãe-filho e mudanças no sistema de saúde municipal.

Ao correlacionar os componentes de estrutura e de processo, a fim de analisar o desempenho da ESF na atenção básica, observou que há associação significativa para afirmar que a Cobertura Populacional influencia nestes indicadores. Na correlação entre os componentes de estrutura e processo, observou-se que há correlação entre os indicadores e constata-se que essa correlação é positiva entre cobertura populacional, consulta médica e visita domiciliar.

Esses dados vão de encontro com a proposta da ESF, tendo como atribuições comuns a todos os profissionais da equipe realizar ações de saúde à população prioritariamente nas unidades de saúde e, quando necessário, no domicílio, garantindo o cuidado integral, contínuo e organizado (MS, 2012).

Resultado semelhante é descrito por Morais et al. (2012), em que os enfermeiros apontam mudanças significativas e positivas da ESF na adscrição e vínculos com a comunidade; acolhimento e humanização do atendimento; diminuição das internações hospitalares; fortalecimento da prevenção de agravos e promoção da saúde; e melhoria dos indicadores de saúde.

Apesar dos apontamentos positivos à ESF, ainda são fortes a insistência dos usuários pela consulta médica e a presença do médico na equipe, e quando não conseguem acesso a esse profissional reclamam da qualidade do atendimento. Por outro lado, os profissionais queixaram da alta demanda, o que dificultou a realização de outras atribuições vinculadas ao programa.

Exemplo disso, é a pesquisa realizada com usuários da ESF da zona rural de Porto Velho que aponta como positivo o acesso às consultas médicas e a presença do médico no programa. Os resultados desse estudo ainda podem estar associados à questão cultural de que o profissional médico é aquele capaz de resolver os

problemas de saúde da população, sendo o principal motivo da ida dos usuários aos serviços de saúde (Santos, Souza e Cardoso, 2016).

Ao analisar o comportamento do indicador “consultas médicas por residente por ano”, verificou-se a alta demanda por essa atividade, o que acabou refletindo negativamente nos demais indicadores de processo, principalmente quanto à visita domiciliar que requer tempo dos profissionais para a realização desta, o que pode ser evidenciado pelo baixo número de visitas domiciliares.

Apesar da visita domiciliar ser um excelente instrumento para reorientação das práticas, identificação das necessidades de saúde da população, criação de vínculo entre a família e equipe, os profissionais da ESF de Nova Iguaçu-RJ apontaram dificuldades em realizar tal atividade, como precariedade das condições de trabalho, complexidade das situações que fogem da governabilidade do setor saúde com relação às dimensões não somente biológicas, mas sociais, familiares, humanas etc. (Cunha e Sá, 2013).

Pode-se dizer que para que ocorra a implementação da ESF é preciso que o município se organize nas ações e oferta de serviços, garantindo a presença de todos os profissionais necessários para a atenção básica, para que consiga garantir o acesso aos serviços e oferta de qualidade.

Outrossim, Santos (2013), em seu estudo, identificou que a implementação da ESF não está relacionada diretamente com o porte habitacional dos municípios. Seus efeitos positivos estão condicionados ao aumento do acesso aos serviços de saúde desde o nível mais elementar até os mais complexos do sistema de saúde.

Corroborando com a pesquisa um estudo realizado com municípios de pequeno porte de uma microrregião da Bahia no ano de 2011, que apontou pontos positivos nos aspectos político-institucionais, como projetos de governo garantindo a universalização da ESF, iniciativas de desprecarização do trabalho em saúde, reconhecimento da necessidade de capacitação das equipes de saúde da família e investimentos em saúde. Todavia, apontaram com dificuldades no planejamento das ações gerenciais e assistenciais, formulação dos instrumentos de gestão e nas práticas de avaliação e controle social (Silva, 2011).

Concordando com Teixeira (2006) ao dizer que, além do acesso, o município deve garantir a integralidade da atenção à saúde com a organização do sistema de saúde local através de fluxo de funcionamento da referência e contrarreferência.

Neste estudo, os resultados apontaram que houve avanços na acessibilidade e redução dos encaminhamentos à especialista a níveis mais complexos e solicitação de exames de patologia clínica, sugerindo melhora da resolutividade a nível da atenção básica como proposto pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (MS, 2012).

Resultado semelhante foi descrito por Bulgareli et al. (2014) que ao analisar a resolutividade em saúde bucal na ESF e na atenção básica (unidade tradicional), ficou evidente que na saúde da família houve melhores índices de resolutividade do que nas unidades básicas. Os autores associaram esse resultado ao fato de que a ESF tem a responsabilidade de criar vínculo entre o indivíduo e as equipes, garantindo, assim, a longitudinalidade do cuidado.

Outro estudo realizado com os questionários do PMAQ - AB no Rio de Janeiro verificou que as equipes de saúde da família buscavam resolver os problemas nas unidades de saúde, encaminhando ao atendimento especializado somente quando necessário. Entretanto, os dados apontavam que há alta demora em o usuário ser atendido pelo especialista, fragilidade na comunicação entre os profissionais da atenção básica e outros serviços e limitação do trabalho em rede (Almeida, Marin e Casotti, 2017).

Contribuindo com esses estudos, uma pesquisa realizada por Viegas, Carmo e Luz (2015) apontou que os profissionais de saúde da ESF relataram problemas no sistema de referência e contrarreferência associados à formação dos profissionais da atenção secundária e terciária em não ter interesse de contrarreferenciar.

Percebe-se, portanto, o entrave na consolidação e fortalecimento da ESF no que se refere ao fluxo de atendimento especializado. É necessária a compreensão, por partes dos gestores e profissionais de saúde, entre a necessidade de saúde com base nas dimensões epidemiológicas, sanitárias e sociais, organizando os serviços da maneira a configurar a rede de atenção integral à saúde.

Na análise da correlação entre os componentes de estrutura e resultado, apontou-se que há correlação entre os indicadores, sendo positiva entre cobertura

populacional e taxa de internação por causas sensíveis à atenção básica e proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Verificou-se também correlação negativa entre cobertura populacional e coeficiente de mortalidade infantil.

A utilização desses indicadores representa um importante instrumento para avaliar a implementação da ESF, apresentando análise situacional, epidemiológica da área adscrita, colaborando para a definição de intervenções prioritárias locais de saúde.

Na realização de uma revisão integrativa sobre a estratégia saúde da família, condições de saúde e indicadores da atenção básica, apresentou-se vários autores relatando a forma como é vivenciada a experiência na ESF influenciando significativamente a condição de saúde dos seus usuários, ora de forma negativa, ora de forma positiva. A forma positiva está relacionada ao acolhimento, vínculo e mudanças nos indicadores da atenção básica, principalmente a mortalidade infantil e internações hospitalares por causas sensíveis à atenção básica.

Em estudo realizado em 78 municípios do Espírito Santos, foi possível notar a redução das TICSAB relacionada ao aumento da cobertura populacional da ESF no período de 2000 a 2014. Os autores relataram que tal fato está associado ao bom desempenho da ESF no manejo dos agravos à saúde (Paszó et al., 2017).

Entretanto, o estudo de Tagliari, Muraro e Ferreira (2017) em Passo Fundo – RS, nos anos de 1998 a 2007, analisando a TICSAB e a cobertura populacional da ESF, verificou a redução da taxa de internação por causas sensíveis à atenção básica, no entanto foi pouco significativa. Para os autores são necessários investimentos para melhoria da efetividade e eficácia da cobertura populacional das equipes de saúde da família.

No que se refere à mortalidade infantil, diversos autores apontaram que os coeficientes de mortalidade infantil, no Brasil, decresceram acentuadamente nas últimas décadas, fator relacionado ao aumento da qualidade e acesso aos serviços de saúde, bem como a melhoria acentuada da saúde e nutrição infantil devido aos programas de atenção à saúde infantil encontrados na atenção básica em saúde (MS, 2018; Victoria et al., 2011).

Em estados onde há a concretização dos princípios e valores da ESF, percebeu-se avanços no cuidado com a família e indivíduo. É o caso de Curitiba, onde os profissionais já implementaram o acolhimento, o vínculo e interação paciente-profissional-família, conseguindo progressos com utilização de outras ferramentas assistenciais com as famílias, conseguindo antecipar problemas, conduzir campanhas educativas nas comunidades e famílias ou sugerir mudanças em hábitos que fatalmente desencadeariam ou agravariam doenças (Ditterich et al., 2009).

Em contrapartida, em estados da região Nordeste, a ESF foi “considerada parcialmente implantada”, pois é desenvolvido um conjunto de ações estratégicas consideradas pela Política Nacional da Atenção Básica, como saúde da mulher, saúde da criança, diabetes mellitus, hipertensão arterial, que provocaram melhoras em alguns indicadores de saúde. Em contrapartida, outras práticas assistenciais foram insuficientes para provocar mudanças no modelo de atenção (Cavalcante et al., 2006).

Estudo realizado em Cuiabá, com as enfermeiras da ESF, apresentou resultados semelhantes na condução dos trabalhos nas unidades de saúde, voltados a atender às demandas preconizadas pela PNAB, porém de maneira restrita à prevenção de doenças e às ações estratégicas mais pontuais, como consultas e procedimentos mais complexos específicos de enfermagem, não diversificando e dinamizando as necessidades de saúde da comunidade (Souza, Mandú e Elias, 2013).

Os estudos apontaram que, para que ocorra efetivamente mudanças no modelo de atenção, há a necessidade de investir na formação dos recursos humanos na área da saúde com conhecimentos específicos para o desempenho das funções cotidianas da atenção básica (Leão, Caldeira, 2011).

Ao contrário do Brasil, em Portugal, os médicos são especialistas em medicina geral e familiar, melhorando a resolubilidade das ações a nível da atenção primária, além de que a qualificação dos profissionais é permanente e centrada nas necessidades das unidades (discussão de casos, construção de protocolos e normas internas, atualização clínica etc.), com a participação de especialistas de outras áreas médicas fortalecendo a articulação e a capacidade resolutiva das USF (Santos et al., 2015).

Nesta pesquisa, não é possível alcançar tal análise, uma vez que se limitou a avaliar dados secundários.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu avaliar que, com a evolução da ESF, ocorreram alterações em alguns indicadores atenção básica à saúde e correlaciona-os segundo seus componentes de estrutura, de processo e de resultado, no período de 2008 a 2015.

Os resultados demonstraram melhora na acessibilidade ao serviço, na efetividade positiva das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, porém não é possível afirmar que houve mudança no modelo assistencial.

Já, quanto ao efeito do programa, demonstrou um melhor comportamento, sugestivo de mudanças nas condições de saúde dos indivíduos.

Ao correlacionar os componentes de estrutura, de processo e de estrutura e de resultado, observou-se que há associação significativa para sugerir que a ESF em Mato Grosso proporcionou melhora dos indicadores da atenção básica no período estudado.

Entre os indicadores analisados na pesquisa, a correlação entre cobertura populacional e taxa de internação por causas sensíveis a atenção básica apresentou resultado divergente de outros estudos. Este pode estar associado a vícios nas informações coletadas, ou até mesmo o comportamento dos profissionais em estar influenciado nas indicações de internação. Sugere-se outras pesquisas mais aprofundadas.

O tipo de análise sugerida no estudo contribui como ferramenta de gestão na análise dos indicadores processados pelas equipes de saúde da família, utilizando como feedback da gestão para os profissionais de saúde e estes discutindo entre si para planejamento de intervenções para melhoria da saúde de população adscrita.

Esta pesquisa apresentou limitações para análises com maior profundidade devido ao uso apenas de dados secundários fornecidos pelos sistemas de informações oficiais e disponibilizados via internet.

7 REFERÊNCIAS

Almeida PF de, Marin J, Casotti E. Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela atenção básica. *Trab. educ. saúde* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 09]; 15 (2): 373-398. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200373&lng=en&nrm=iso>.

Anjos JC, Boing AF. Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013. *Rev Bras epidemiol* [Internet]. 2016 Out-Dez [cited 2018 June 23]; 19(4): 835-850. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040013>

Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 mai [cited 2018 Jun 19]; 21 (5): 1499-1510. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.

Araújo MB de S, Rocha P de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2007 Apr [cited 2018 Jun 19]; 12(2): 455-464. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en.

Astolfo S, Kehrig RT. O Processo de Implantação de uma Estratégia Integrada de SIS na APS: a experiência do e-SUS AB no Mato Grosso, Brasil. *Revista de Saúde Coletiva da Uefs* [Internet]. 2017 jul 22 [cited 2018 June 19]; 7 (1): 8-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.13102/rscdauefs.v7i1.1169>.

Barreto JOM, Nery IS, Costa M do S C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúd. Publ.* 2012; 28(3): 515-526.

Binda J, Bianco M, Sousa E. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. *Saúde e Sociedade*. 2013;22(2):389-402.

Botti C, Artmann E, Spinelli MAS, Scatena JHG, et al. Regionalização dos Serviços de Saúde em Mato Grosso: um estudo de caso da implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região do Teles Pires, no período de 2000 a 2008. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013;22(3):491-500.

Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 pp.

Carreno I, Moreschi C, Marina B, Hendges DJB, Rempel C, Oliveira MMC de et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. Ciên. Saúde Coletiva [Internet]. 2015 [cited 2018 Jun 23]; 20(3):947-956. Available from: scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00947.pdf

Cavalcante M, Samico I, Frias PG de, Vidal SA, et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2006;6(4):437-445.

Cavalcante RB, Pinheiro MMK, Guimarães EAA. Sistema de Informação da Atenção Básica como instrumento de poder. Rev enferm UFPE on line., Recife, 2013; 7(2):371-80.

Chung A. Avaliação do impacto do Programa Saúde da Família sobre os municípios do Rio Grande do Sul de 2005 a 2010 [Dissertação]. Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013.

Corrêa M, Tsunehiro M, Lima M, Bonadio I. Evaluation of prenatal care in unit with family health strategy. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014;48(spe):23-31.

Cruz CSS. Avaliação do Programa de Educação Permanente para médicos da Estratégia de Saúde da Família na região ampliada de saúde Jequitinhonha de Minas Gerais [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2013.

Cunha MS da, Sá M de C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu) [Internet]. 2013 Mar [cited 2018 June 13]; 17(44): 61-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100006&lng=en.

Ditterich R, Gabardo M, Moysés S. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. Saúde e Sociedade. 2009;18(3):515-524.

Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Copilco, 1991

Ferreira J, Caldas DC, Santos LL dos, Ribeiro LC, Chaves LDP, et al. Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2017;11(38):1.

Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 Dez [cited 2018 June 23]; 30(12): 2643-2655. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00187113>.

Guimarães L. Arquitetura da organização regionalizada: consórcios intermunicipais de saúde em Mato Grosso. In: Müller Neto JS, organizador. *A regionalização da saúde em Mato Grosso: em busca da integralidade da atenção*. Cuiabá: SES; 2002. p. 101-12.

Hartz ZM de A, Vieira-da-Silva LM. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. 4ªed. Salvador: Edufba; 2014.

Lansky S, Friche AA de L, Silva AAM da, Campos D, Bittencourt SD de A, Carvalho ML de et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2018 June 25]; 30(Suppl 1): S192-S207. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>.

Leão C, Caldeira A. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4415-4423.

Lisboa L, Abreu DMX de, Lana AMQ, França EB et al. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2015;24(4):711-720.

Macêdo VC de. *Avaliação na Estratégia Saúde da Família*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015. 27 p

Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop. Med. Int. Health* 2012; 17(1):36-42.

Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde em Debate* [Internet]. 2015 mai [cited 2018 June 19]; 39 (104): 9-17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040194>.

Maia LDG, Corrêa J de PR, Lopes ACFM de M, Rodrigues Neto JF et al. Utilização do sistema de informação da atenção básica (SIAB) para o planejamento das ações pelas equipes da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros (MG). *Rev Baiana Saúde Pública*. 2010 Abr-Jun; 34(2):359-70.

Malta D, Santos M, Stopa S, Vieira J, Melo E, Reis A. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(2):327-338.

Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Porto DL, França E et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, organizador. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 163-82.

Marin H de F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal Of Health Informatics (São Paulo)*. 2010 mar 03; 20-24. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

Martinelli N. A regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso: o processo de implementação e a relação público-privada na região de saúde do médio Norte Mato-grossense [Tese]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2014.

Mato Grosso, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT). Avaliação da política de saúde de Mato Grosso 1995-1998. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso; 2000.

Mattos ATR, Caccia-Bava MCGG, Barbosa DCM. Índice de Saúde Aplicado ao Município de Araraquara, SP: um instrumento para o acompanhamento da Atenção Básica. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2013 Mar [cited 2018 Feb 16]; 16(1): 210-222. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100210&lng=pt.

Melo CF, Alchieri JC, Magalhães BJ, et al. Evaluation of Family Health Strategy in Natal from the beliefs of its users. *Rev Fund Care Online* [Internet]. 2017 jul/set [cited 2018 june 23]; 9(3):620-626. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5558/pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.620-626>

Ministério da Saúde (BR) [internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Técnica – Evolução do Credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php (2018 jun 17).

_____, Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Treinamento Introdutório. Brasília: 2000. [Cadernos de Atenção Básica2].

_____, Gabinete do Ministro. Portaria GM n° 1.886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil*. 1997 dez 22; Seção 1:11.

_____, Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. 2006 fev 23; Seção 1:43.

_____, Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. Indicadores básicos de saúde no Brasil: Conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

_____, Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. 2011 out 24; Seção 1:48.

_____, Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 221 de 17 de abril de 2008. Define Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil. 2008 abril 18; Seção 1:70.

_____, Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e institui a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial União. Mar 2006b.

_____, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015.2. ed. – Brasília: 2014.

Motta LCS, Siqueira-Batista R. Estratégia Saúde da Família: clínica e críticas. Rev Bras Edu Med. 2015; 39(2): 196-207.

Moura BLA, Cunha RC da, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [Internet]. 2010 Nov [cited 2018 June 19]; 10(Suppl 1): s83-s91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500008&lng=en.

Murray CJ, Laakso T, Shibuya K, Hill K, Lopez AD. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. Lancet 2007; 370:1040-54.

Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martín-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16 supl 1:1145-54.

Nogueira, C, de Almeida Souza Santos, S, Machado Cavagna, V, de Souza Braga, AL, Andrade, M. Sistema de informação da atenção básica: revisão integrativa de literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2014;6(1):27-37. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750621031>

Oliveira HM, Gonçalves MJF, Pires ROM. Caracterização da Estratégia Saúde da Família no Estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Jan [cited 2018 Feb 09]; 27(1): 35-45. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100004&lng=en.

Oliveira QC de, Corrêa AC de P, Lima AP de, Teixeira RC, Pedrosa I de CF. Sistema de Informação da Atenção Básica – situação de saúde de um município de Mato Grosso. *Cienc Cuid Saúde* [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2018 June 23]; 9(1):36-43. Available from:
<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/10527>

Oyerinde K. Can antenatal care result in significant maternal mortality reduction in developing countries? *J Community Med Health Educ* 2013; 3:116

Pazó RG, Frauches D de O, Molina MdCB, Cade NV et al. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-12.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1546](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1546)

Pinheiro ALS, Andrade KTS, Silva D de O, Zacharias FCM, Gomide MFS, Pinto IC et al. Health management: the use of information systems and knowledge sharing for the decision making process. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2016 [cited 2018 June 19]; 25(3): e3440015. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300305&lng=en.

Radigonda B, Conchon MF, Carvalho WO, Nunes EFPA. Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização pela equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Revista Espaço para a Saúde, Londrina*. 2010; 12 (1): 38-47.

Ramos V.A Consulta em 7 Passos. Lisboa: VFBM Comunicação Ltda; 2008. 126 p.

Reis ZSN, Pereira AC, Correia RJC, Freitas JAS, Cabral ACV, Bernardes J et al. Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2011 Set [cited 2018 Feb 16]; 33(9): 234-239. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011000900003&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011000900003>.

Sala A, Mendes JDV. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Saúde soc.* [Internet]. 2011 Dez [cited 2018 June 19]; 20(4): 912-926. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400009&lng=en.

Santos PFBB. Avaliação do Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2013

Santos SR dos, Ferreira JA, Cruz EMMS, Leite EMAM, Pessoa JCS et al. Sistema de informação em saúde: gestão e assistência no Sistema Único De Saúde. *Cogitare Enfermagem* [Internet]. 2014 dez [cited 2018 June 12]; 04 (19): 833-840. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35347/23966>>. Acesso em: 12 jun. 2018

Santos AM, Ligia G, Henrique B, Sousa JC de et al. Desafios Organizacionais para Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Portugal. *Rev. bras. educ. med* [Internet]. 2015 set [cited 2018 Feb 06]: 39 (3): 359-369. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300359&lng=pt&nrm=iso

Santos MAM, Souza EG de, Cardoso JC. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família e do programa mais médicos na área rural de Porto Velho, Rondônia. *Revista Eletrônica Gestão & Sociedade*. 2016 mai-ago; 10 (26): 1327-1346.

Santos LA, Oliveira ESBE, Caldeira AP, Souza AAM de et al. A percepção de médicos da estratégia saúde da família sobre as Internações por condições sensíveis à atenção primária. *Rev. Unimontes Científica*. [Internet]. 2017 dez [cited 2018 June 19]; 19 (2): 2-12. Available from: ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/download/515/442

Senna MH, Andrade SR de. Indicators and Information in Local Health Planning: the perspective of the Family Health Strategy Nurses. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2015 Dec [cited 2018 June 19]; 24(4): 950-958. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000400950&lng=en.

Silva, LA. Avaliação do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família em municípios de pequeno porte [Dissertação]. Universidade Estadual da Bahia, 2011.

Silva SA da, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde em Debate*, 2014; 38 (103): 692-705.

Silva VAA, Barbosa ACQ, Rocha TAH, et al. Desempenho dos médicos na saúde da família - uma análise a partir dos princípios ordenadores em um município brasileiro. *Rev. Adm. Pública* 2015; 49(5):1237-1262.

Soratto J, Pires DE de, Dornelles S, Lorenzetti J et al. Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 2015 abr – jun; 24 (2): 584-592.

Souza MG, Mandú ENT, Elias AN. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2013 Set [cited 2018 Feb 06]; 22(3): 772-779. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300025&lng=pt.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

Tagliari AB, Muraro CF, Ferreira MGG. Impacto da Estratégia Saúde da Família nas internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária *Rev. baiana saúde pública* [Internet]. 2017 dez [cited 2018 June 18]; 40 (4): 876 – 891. Available from: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n4.a1958>, dez. 2017.

Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde soc*. [Internet]. 2011 Dez [cited 2018 June 23]; 20(4): 927-934. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=en.

Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba; 2006. p. 19-58.

Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS da, Thumé E et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 09]; 33(3): e00195815. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en. Epub Apr 03, 2017.

Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwal CL et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet* 2011; 32-46. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/279>.

Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saude soc*. [Internet]. 2015 Mar [cited 2018 June 18]; 24(1): 100-112. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100100&lng=en.

Vieira S. Introdução à Bioestatística. ELSEVIER. 4ª ed. Rio de Janeiro, 2010.

Anexo I

Parecer Consubstanciado – CEP/ UNIFES – nº 691.439 de 08/06/2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do grau de implantação da Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso e sua inter-relação com os indicadores de atenção à saúde

Pesquisador: juliane ferreira andrade da fonseca

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31445514.3.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 691.439

Data da Relatoria: 04/06/2014

Apresentação do Projeto:

Este estudo aborda o tema avaliação em saúde, mais especificamente a avaliação de serviços de saúde relacionada à implantação da intervenção.

Tem como objeto de estudo a relação entre a implantação da Estratégia Saúde da Família e os indicadores de efetividade da atenção básica à saúde nos municípios de Mato Grosso.

Objetivo geral: Avaliar a inter-relação entre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família e os indicadores de efetividade da atenção à saúde nos municípios de Mato Grosso nos anos de 2000 e 2013.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar a inter-relação entre o grau de implantação da Estratégia Saúde da Família e os indicadores de efetividade da atenção à saúde nos municípios de Mato Grosso nos anos de 2000 e 2013.

Objetivos específicos

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

Continuação do Parecer: 691.439

Analisar os indicadores de estrutura, de processo e de resultado da Estratégia Saúde da Família nos municípios de Mato Grosso no ano de 2000 e 2013;
Categorizar os municípios de Mato Grosso quanto ao grau de implantação de acordo com os indicadores de estrutura e de processo no ano de 2000 e 2013;
Categorizar os municípios de Mato Grosso de acordo com os indicadores de resultado no ano de 2000 e 2013;
Estabelecer a relação entre o grau de implantação e efetividade da Estratégia Saúde da Família no ano de 2000 e 2013.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador: Juliane Ferreira Andrade da Fonseca

Disciplina/Depto: Programa de Pós Graduação em Gestão e Informática em Saúde Campus: São Paulo

Obj. Acadêmico: Mestrado

Patrocínio: Ausente

Orientador: Paola Zucchi e-mail: pzucchi@cpes.org.br

Chefe de Depto: Heimar de Fatima Marin

METODOLOGIA:

Trata-se de uma avaliação de cunho normativo, retrospectivo e quantitativo. Serão avaliados as dimensões de estrutura, de processo e de resultado aplicando os critérios e normas do Ministério da Saúde para o funcionamento da estratégia.

A população será composta por todos os municípios de Mato Grosso, constituída por 141 municípios.

Os dados secundários serão obtidos dos seguintes sistemas de informação: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), Cadastro Nacional de

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

Continuação do Parecer: 691.439

Estabelecimentos de Saúde (CNES) disponibilizados no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A análise será feita em três momentos: descrição do comportamento dos indicadores de estrutura, de processo e de resultado; agrupamento dos municípios quanto ao grau de implantação através da correlação dos indicadores e por último a formação de cluster para estabelecer a relação entre o grau de implantação e efetividade da ESF nos anos de 2000 e 2013.

Os dados serão organizados num banco de dados no programa excel, sendo processados através dos programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 15. A análise será feita em três momentos: descrição do comportamento dos indicadores de estrutura, de processo e de resultado; agrupamento dos municípios quanto ao grau de implantação através da correlação dos indicadores (estrutura, processo e resultado) utilizando a técnica de análise de conglomerado; e por último a formação de cluster para estabelecer a relação entre o grau de implantação e efetividade da ESF

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos obrigatórios apresentados (FOLHA DE ROSTO, PROJETO DE PESQUISA)

Recomendações:

NADA CONSTA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SEM INADEQUAÇÕES

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatório, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 691.439

SAO PAULO, 18 de Junho de 2014

Assinado por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO E INFORMÁTICA EM SAÚDE

Pró-reitora:	Profa. Dra. Lia Rita Azeredo Bittencourt Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa - UNIFESP
Coordenadora da câmara:	Profa. Dra. Marimélia Aparecida Porcionatto Câmara de Pós-graduação e Pesquisa da - EPM - UNIFESP
Coordenador do curso:	Prof. Dr. Ivan Torres Pisa, livre docente
Curso:	Doutorado
Título do projeto:	Evolução da Estratégia Saúde da Família em Mato Grosso e a influência nos indicadores da Atenção Básica em Saúde de 2008 a 2015.
Aluno:	Juliane Ferreira Andrade da Fonseca
Orientação:	Profa. Dra. Paola Zucchi
Coorientação:	Profa. Dra. Patrícia Siqueira Varela
Matrícula:	100213 – período 01/09/2014 a 31/08/2018
CEP:	Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP 691.439 de 18/06/2014
Linha de pesquisa:	2. Gestão e análise de tecnologias, indicadores, programas, serviços e avaliação de impactos em saúde
Grupo de pesquisa:	Gestão e Informática em Saúde http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/6744851350253801
Apoio financeiro:	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001