



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

FERNANDO CÉSAR DE ANDRADE AGUILERA

**EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM ROLÂNDIA-
PARANÁ :
UMA AVALIAÇÃO DO PERÍODO DE 1996 A 2004.**

Londrina
2006

FERNANDO CÉSAR DE ANDRADE AGUILERA

**EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM ROLÂNDIA-
PARANÁ :
UMA AVALIAÇÃO DO PERÍODO DE 1996 A 2004.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado, em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof^o Dr. Luiz Cordoni Jr.

Londrina

2006

FERNANDO CÉSAR DE ANDRADE AGUILERA

**EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM ROLÂNDIA-
PARANÁ :
UMA AVALIAÇÃO DO PERÍODO DE 1996 A 2004.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado, em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.º Dr. Luiz Cordoni Jr.
Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Darli Soares
Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dra. Taís Aidar
Universidade Estadual de Maringá

Londrina, ____ de _____ de 2006.

AGRADECIMENTOS

À Profª Dra. Tiemi Matsuo

À minha família,..

As colegas de trabalho,.

Ào Prof. Dr. Luiz Cordoni Júnior.

A todos que, com boa intenção, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho.

Aos meus pais...
pelos valores ensinados...

“De tudo ficaram três coisas:
a certeza de que estava sempre começando,
a certeza de que era preciso continuar
e a certeza de que seria interrompido antes de terminar.

Fazer da interrupção um caminho novo,
fazer da queda, um passo de dança,
do medo, uma escada,
do sonho, uma ponte,
da procura, um encontro.”

Fernando Pessoa

AGUILERA, Fernando César de A. **Evolução da Atenção Básica em Rolândia – Paraná: Uma Avaliação do Período de 1996 a 2004**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina – UEL.

RESUMO

O estudo pretendeu avaliar a atenção básica no município de Rolândia, no período entre os anos de 1996 e 2004, a evolução da estrutura do serviço municipal de saúde, analisar os resultados dessa evolução e comparar os resultados obtidos em três períodos distintos. O primeiro compreende os anos de 1996 a 1998 e caracteriza-se por ainda não haver a implantação do PSF; O segundo vai de 1999 a 2001, onde o PSF é incipiente; E o terceiro, vai de 2002 a 2004 e se notabiliza pela adoção do PSF como estratégia de reorganização da atenção básica no município. Foram adotados indicadores de recursos financeiros e de recursos humanos para a avaliação da estrutura. A avaliação de resultados foi realizada utilizando-se dados secundários e contou com indicadores da evolução de produção de consultas médicas, número de internamentos pelo SUS, além de indicadores de mortalidade. A comparação dos resultados apurados nos períodos estudados foi realizada utilizando a distribuição de Poisson, e também, foi realizada a análise de tendência, pelo método da regressão linear. O estudo demonstrou que houve avanços significativos, principalmente na estrutura do serviço de saúde do município. Além disso, há resultados importantes na evolução da oferta de consultas médicas, dos internamentos por AVC, dos internamentos totais e da mortalidade geral. Esta dissertação representa um primeiro passo dado rumo ao objetivo de avaliar a atenção básica no município de Rolândia, até mesmo por ter analisado apenas o período de 1996 a 2004. No entanto, faz-se necessário persistir na continuidade dos processos de avaliação, para que se disponha de instrumentos efetivos e eficazes no auxílio ao planejamento da política de saúde municipal.

Palavras-chave: Avaliação; Cuidados Primários de Saúde; Programa Saúde da Família; Política de Saúde; Financiamento à Atenção Básica.

AGUILERA, Fernando César de A. **Evolution of Primary Care in Rolândia-Paraná: An Evaluation of 1996 to 2004**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina – UEL.

ABSTRACT

The study intended to evaluate the primary care in the city of Rolândia, in the period between 1996 and 2004, the evolution of the municipal health service structure, to analyze these evolution results, and to compare the results gotten in three distinct periods. The first one begins in 1996 and ends at 1998, and it is characterized for absence of Family Health Program; the second period is between 1999 to 2001, which the Family Health Program is incipient; the third and last one third, goes from 2002 to 2004, and is characterized by the family health program adoption like a strategy to municipal primary care reorganization. Financial and human resources indicators had been adopted for the structure evaluation. The results evaluation was carried through using itself given secondary and counted on indicators of the evolution of production of medical consultations, number of internments for the Public health system, beyond mortality indicators. The comparison of the refined results in the studied periods was carried through using the distribution of Poisson, and also, the trend analysis was carried through, for the method of the linear regression. The study it demonstrated that had significant advances, mainly in the structure of the service of health of the city. Moreover, it has resulted important in the evolution of offers of medical consultations, of the internments for VCA of the total internments and general mortality. This paper represents a first given step route to the objective to evaluate the primary care in the city of Rolândia, even though for having analyzed only the period of 1996 the 2004. However, becomes necessary to persist in the continuity of the evaluation processes, so that if it makes use of effective and efficient instruments to support the planning of municipal health policies.

Key-words: Evaluation; Primary Health Care; Family Health Program; Health Policy; Primary Care Financing.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	01
1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO.....	01
1.2 PERFIL DEMOGRÁFICO: EVOLUÇÃO-POPULAÇÃO E DOMICÍLIOS.....	04
1.3 ATIVIDADES ECONÔMICAS E NÍVEL DE RENDA DA POPULAÇÃO.....	04
1.4 SANEAMENTO BÁSICO.....	05
1.5 CARACTERIZAÇÃO FUNDIÁRIA.....	06
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	08
3. SAÚDE : ATENÇÃO BÁSICA EM ROLÂNDIA	11
3.1 RETROSPECTIVA 1970 A 2002 - DO INAMPS AO PSF.....	11
3.2 RECURSOS FINANCEIROS EM SAÚDE.....	22
3.JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E METODOLOGIA	24
3.1 OBJETIVOS GERAIS.....	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3.3 OPÇÃO METODOLÓGICA.....	26
3.4 INDICADORES.....	26
3.5 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA.....	29
3.6 AVALIAÇÃO DE PROCESSOS.....	31
3.7 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS.....	32
3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS.....	35
3.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	36
4. RESULTADOS	37
4.1 FINANCIAMENTO.....	37
4.1.1 GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE.....	37
4.1.2 MÉDIA DE GASTOS POR HABITANTE.....	41
4.1.3 PROPORÇÃO DE GASTOS EM SAÚDE, NO ORÇAMENTO MUNICIPAL.....	44
4.1.4 PROPORÇÃO DAS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS NAS DESPESAS TOTAIS DE SAÚDE.....	47
4.2 RECURSOS HUMANOS NA ÁREA DA SAÚDE.....	49
4.2.1 NÚMERO TOTAL DE MÉDICOS E PROPORÇÃO PARA CADA 10.000 HABITANTES.....	49
4.2.2 NÚMERO TOTAL DE MÉDICOS NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS E PROPORÇÃO PARA	

CADA 10.000 HABITANTES.....	53
4.2.3 PROPORÇÃO DE ENFERMEIROS PARA CADA 10.000 HABITANTES.....	56
4.2.4 PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	60
4.3 INDICADORES DE RESULTADOS.....	61
4.3.1 NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS MÉDICAS E RESPECTIVAS MÉDIAS ANUAIS, NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS, POR HABITANTE.....	62
4.3.2 INTERNAMENTOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	65
4.3.3 INTERNAMENTOS POR DIABETES MELLITUS.....	68
4.3.4 INTERNAMENTOS PELO SUS, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA.....	71
4.3.5. MORTALIDADE GERAL.....	74
4.3.6. MORTALIDADE INFANTIL.....	76
5 DISCUSSÃO.....	81
6 CONCLUSÃO.....	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS.....	100
Anexo A – Carta de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Bioética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina – UEL.....	101
Anexo B – Indicadores para Avaliação de Estrutura.....	102
Anexo C - Indicadores para Recursos Humanos em Saúde.....	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução dos Gastos Municipais em Saúde, no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	38
Tabela 2 – Evolução dos Gastos Municipais Totais em saúde, no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	39
Tabela 3 – Evolução dos Gastos Por Habitante nos anos de 1996 a 2004, no município de Rolândia.....	41
Tabela 4 – Despesa Anual em Saúde, por Habitante, no município de Rolândia no período de 1996 a 2004.....	42
Tabela 5 – Proporção de Recursos Próprios em Saúde, em relação aos gastos Municipais Totais de saúde, por Triênios.....	44
Tabela 6 – Proporção de Recursos Próprios em Saúde em relação aos gastos Municipais Totais em Saúde, de 1996 a 2004.....	45
Tabela 7 – Proporção Entre os gastos Municipais e as Transferências do Governo Federal, nos anos de 1996 a 2004.....	48
Tabela 8 – Evolução da Proporção entre os gastos Municipais de Saúde e das Transferências do governo Federal, nos anos de 1997 a 2004.....	48
Tabela 9 – Número Total de Médicos do Município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004, por Triênio.....	50

Tabela10 – Número Total de médicos do município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	51
Tabela 11 – Evolução do Número Total de Médicos nas especialidades básicas e proporção para um grupo de 10.00 habitantes, do município de Rolândia nos anos de 1996 a 2004.....	53
Tabela 12 - Número0 de Médicos nas Especialidades Básicas, evolução ano a ano, de 1996 a 2004.....	54
Tabela 13 – Evolução do número de enfermeiros no município de Rolândia nos anos de 1996 a 2004, em períodos trienais.....	56
Tabela 14 – Proporção de Enfermeiros para cada 10.000 habitantes, entre os anos de 1996 a 2004.....	58
Tabela 15 – População atendida pelo Programa de Saúde da Família.....	60
Tabela 16 – Evolução do Número Total de Consultas médicas e respectivas médias anuais, nas especialidades básicas, por habitante, no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004, em triênios.....	62
Tabela 17 – Evolução do Número Total de consultas Médicas e respectivas Médias anuais, nas especialidades básicas, por habitante, no Município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	63
Tabela18 – Internamentos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), de residentes em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004, por triênios.....	65
Tabela 19 – Internamentos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), de residentes em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	66

Tabela 20 – Proporção de Internamentos por diabetes mellitus de residentes em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004, por Triênios.....	68
Tabela 21 - Proporção de Internamentos por diabetes mellitus de residentes em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	69
Tabela 22 - Porcentagem da População residente em Rolândia, internada pelo SUS, em triênios de 1996 a 2004.....	71
Tabela 23 - Porcentagem da População residente em Rolândia, internada pelo SUS, de 1996 a 2004.....	72
Tabela 24 – Mortalidade Geral no Município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004, por triênios.....	74
Tabela 25 – Mortalidade Geral no Município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	75
Tabela 26 – Coeficiente de mortalidade infantil no Município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004, por triênios.....	77
Tabela 27 – Coeficiente de mortalidade infantil no Município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	78

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde, Zona Urbana de Rolândia.....	18
Figura 2 – Capacidade instalada dos serviços de saúde, na 17ª Regional de Saúde.....	21
Figura 3 – Quadro demonstrativo das rubricas de transferências de recursos Estaduais e Federais, ao Fundo Municipal de Saúde.....	22
Figura 4 – Critérios usados na seleção dos Indicadores.....	27
Figura 5 – Gráfico da análise de tendência para o indicador de gastos municipais em saúde.....	40
Figura 6 – Evolução das despesas em saúde, por habitante, no período de 1996 a 2004.....	43
Figura 7 – Gráfico da Evolução dos gastos proporcionais em saúde, de 1996 a 2004.....	46
Figura 8 – Evolução do número de médicos para cada 10.000 habitantes.....	52
Figura 9 – Gráfico da Evolução do número de médicos nas especialidades básicas de 1996 a 2004.....	55

Figura 10 – Gráfico da Evolução do número de enfermeiros no município de Rolândia de 1996 a 2004.....	59
Figura 11 – Gráfico da Evolução da cobertura populacional pelo Programa de Saúde da Família, de 1996 a 2004.....	61
Figura 12 – Gráfico da Evolução do número total de consultas médicas e respectivas médias anuais, nas especialidades básicas, por habitante, no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	64
Figura 13 – Gráfico da Evolução dos Internamentos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), de residentes em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	67
Figura 14 – Gráfico da Proporção de internamentos por diabetes mellitus de residentes em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	70
Figura 15 – Gráfico da tendência de internamentos pelo SUS, da população residente em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	73
Figura 16 – Gráfico da Evolução da Mortalidade Geral, no período de 1996 a 2004.....	76
Figura 17 – Coeficiente de Mortalidade Infantil no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.....	79
Figura 18 – Mortalidade Infantil no município de Rolândia em relação aos municípios da 17ª Regional de Saúde e a do Estado do Paraná, nos anos de 1996 a 2004.....	80

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de estudo a evolução da atenção à saúde no município de Rolândia no período de 1996 a 2004. Para isso, julga-se conveniente, em primeiro lugar, descrever a localidade em que foi realizada a pesquisa, apresentando alguns aspectos históricos, as características gerais do município, o perfil demográfico, as atividades econômicas, nível de renda da população e a caracterização fundiária – aspectos que podem oferecer subsídios para melhor compreensão do problema que se propõe discutir.

1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO MUNICÍPIO

O município de Rolândia está situado no terceiro planalto do Norte do Paraná, ocupando uma área de 459,0 km², que corresponde a aproximadamente 0.23% do Estado. É constituído pela sede e dois distritos, São Martinho e Nossa Senhora Aparecida, distantes respectivamente, 14 e 15 km da sede. Integra a Região Metropolitana de Londrina, estando sob a jurisdição da 17ª Regional da Secretaria de Estado da Saúde, Macro Região Norte do Paraná.

Distante 348 km da capital do estado, tem os seguintes limites e distâncias rodoviárias: ao Norte Jaguapitã (30 km) e Pitangueiras (25 km); ao Sul Arapongas (11 km) e Londrina (25 km); ao Leste Cambé (10 km) e a Oeste com Astorga e Sabáudia. Seu clima é temperado mesotérmico e úmido, com temperaturas médias entre 12º e 38º graus centígrados.

Rolândia está situada em uma posição geo-econômica privilegiada, servida de importantes troncos rodoviários como a BR 369 (a leste em direção a São Paulo e a oeste em direção a Cascavel), a PR 170 (que liga o Município a Porecatu, em direção a Brasília), além de variantes ferroviárias.

O município é fruto da colonização realizada pela Companhia de Terras do Norte do Paraná, subsidiária da companhia inglesa “Brazil Plantations Ltda”. Nessas companhias, a figura de Lord Lovat se destacava não só como acionista, mas como idealizador e incentivador do projeto de ocupação de terras férteis com vistas à produção de algodão em larga escala para a indústria têxtil inglesa.

A Companhia se notabilizou, nas décadas de 20 e 30 do século passado, por uma propaganda da venda de terras em vários países além do Brasil, cujos folhetins eram espalhados em várias línguas e atraíram alemães, italianos, austríacos, portugueses, espanhóis, suíços, japoneses, entre outras muitas nacionalidades, além de brasileiros oriundos de vários estados, notadamente de São Paulo, Minas Gerais e Bahia.

Há duas interpretações para a origem do nome Rolândia: a primeira, e mais conhecida, explica-o como derivado do nome de Roland, lendário guerreiro medieval, sobrinho de Carlos Magno, tido pelos alemães, notadamente os advindos da cidade de Bremen, como o paladino da liberdade e da justiça. A segunda liga-o ao nome alemão “ROHESLAND”, que significa terra crua.

Os alemães marcaram profundamente a história da cidade, não só pelo nome, mas também porque no início da colonização houve uma maior

concentração desses imigrantes, divididos em três grandes grupos: os judeus, os não-judeus e os alemães advindos de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul, unidos pelo motivo principal que era a crise econômica da década de 1930.

A Cidade de Rolândia possui uma trajetória bastante semelhante à de outras cidades do norte do Paraná, principalmente pela colonização por imigrantes e pelo predomínio da cafeicultura por mais de trinta anos.

Outra questão polêmica sobre Rolândia diz respeito ao aniversário da cidade, que já foi comemorado em quatro datas distintas: (i) 28 de janeiro – data da instalação do município no ano de 1944, tendo sido comemorada de 1944 a 1962; (ii) 27 de novembro - data fixada sem fundamento histórico, mas com a ‘justificativa’ da Câmara de vereadores, em 1962, de que não haveria concorrência de aniversários de cidades na região. Foi comemorada desde esse ano até 1974; (iii) 28 de janeiro, mas festejada em 19 de março, dia do Padroeiro da Cidade. Foi comemorada por breve período com retorno a 27 de novembro; (iv) 29 de junho, por força da Lei 1956 que instituiu o dia 29 de junho de 1934, tendo como fundamento a construção do Hotel Rolândia naquela data. É comemorada até os dias atuais. (SCHWENGBER, 2003).

1.2 PERFIL DEMOGRÁFICO: EVOLUÇÃO – POPULAÇÃO E DOMICÍLIOS

A população estimada de Rolândia no ano de 2005 é de 54.376 habitantes, correspondendo a uma densidade demográfica de 107,6 habitantes /Km². Pela estimativa do IBGE para o ano de 2005, a população feminina em idade fértil é de 17.796, representando 64.6 %, e o número de pessoas acima dos 60 anos está estimado em 5.263, perto de 10% da população total. A taxa de crescimento anual estimada, no período compreendido entre 1996 a 2000, foi de 2,72%(IBGE, 2006).

1.3 ATIVIDADES ECONÔMICAS E NÍVEL DE RENDA DA POPULAÇÃO

Os ramos de atividade que mais se destacam são as indústrias de produtos alimentares, couros, peles e similares, de móveis e têxteis. O café, a soja, o frango e o couro curtido de bovino são os principais itens de exportação. Na agricultura destaca-se a produção de soja, cana-de-açúcar e milho. Rolândia possui 211 estabelecimentos industriais, no comércio 564 unidades varejistas e 48 atacadistas e no setor de serviços 132 estabelecimentos, totalizando mais de 1.347 empresas constituídas formalmente e 7 agências bancárias. A renda per capita é de US\$ 3.968,23, com um PIB de US\$ 169.477.295,03. (IBGE, 2006).

Sobre o nível de Renda da População, de acordo com o censo do IBGE de 1991, 31,07% dos chefes de família do município recebiam até 1 salário mínimo, com 59,7% ficando abaixo de dois salários mínimos mensais. Isso indica uma grande massa da população sobrevivendo com baixa renda, enquanto que menos de 5% recebiam mais de 10 salários mínimos. Isso

denota um quadro que demanda mais atenção do poder público, apontando para a necessidade de políticas orientadas e visando à redistribuição de renda, sob pena de criar uma pressão negativa nos níveis de qualidade de vida da população.

Do total de 34.918 habitantes maiores de 10 anos, 15.5% são analfabetos, 23.4% estudaram até a 3ª série do primeiro grau e apenas 3.5% da população concluíram um curso superior.

1.4 SANEAMENTO BÁSICO

Em relação ao serviço de saneamento básico em Rolândia, é importante considerar três aspectos: o abastecimento de água, o esgotamento sanitário e a destinação do lixo.

Quanto ao abastecimento de água, 99.8 % das residências (41.349 pessoas) do município estão ligadas à rede de abastecimento e o consumo médio diário de água por família é de aproximadamente 120 litros. (ROLÂNDIA, 2006a)

Para isso, são utilizados como mananciais de captação o Ribeirão Ema e 3 poços artesianos. A Estação de Tratamento de Água tem capacidade de tratamento de 85 litros por segundo, possuindo ainda 4 reservatórios com capacidade de 2.325 m³ de água, que regularmente são submetidos ao controle da qualidade promovido pela Empresa, por meio da realização de análises bacteriológicas e físico-químicas. Até o momento, apenas a população dos distritos é abastecida por rede do próprio município

(poços artesianos), não estando integrada aos serviços da SANEPAR – COMPANHIA DE SANEAMENTO DO PARANÁ.

Em relação ao esgotamento sanitário, tanto na cidade como nos distritos, isto é feito ainda, na quase totalidade, através de fossas sépticas e fossas absorventes (sumidouros), esgotados periodicamente. Em 1998 foram inauguradas as estações de tratamento de esgotos (ETE) dos Ribeirões Cafezal e Vermelho, com capacidade de tratamento de 63 e 42 litros por segundo, respectivamente, que estão sendo gradualmente ativadas, contando com uma lagoa de estabilização e uma estação elevatória de esgotos com capacidade de recalque de 53 l/s. Apesar desses investimentos, ainda é pequeno o número de domicílios ligados à rede coletora de esgoto, na região central da cidade (aproximadamente 2200 ligações), pouco mais de 20% dos imóveis da zona urbana. (ROLÂNDIA, 2005a).

Quanto à destinação do lixo, a coleta de lixo doméstico é realizada por empresa terceirizada, nos dias úteis da semana, na maioria das ruas da cidade, e depositado no aterro sanitário municipal.

1.5 CARACTERIZAÇÃO FUNDIÁRIA

O município possui uma área de terras de boa qualidade para a agricultura, sendo adequadas à mecanização e a culturas extensivas em função especialmente de sua topografia. Observa-se, ao longo do tempo, uma gradativa concentração da propriedade das terras, decrescendo o número de minifúndios e médias propriedades e, conseqüentemente, aumentando o número de latifúndios (mais de 500 ha), em função, sobretudo, do modelo

agrícola que não favorece a agricultura em pequena escala. A atuação de uma grande cooperativa agrícola local (COROL) praticamente direciona as culturas que serão implementadas, haja vista que, nos últimos anos, tem incentivado, além das lavouras tradicionais (soja, trigo e milho), o plantio da cana-de-açúcar, visando a abastecer a usina de açúcar e álcool da própria cooperativa, através dos sistemas de arrendamento e parceria. (ROLÂNDIA, 2004).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Cordoni Junior (2005) destaca que a avaliação é algo praticado pela humanidade desde sempre e por cada indivíduo cotidianamente. E neste sentido apresenta a avaliação como um processo de escolha, de julgamento de alguma coisa.

E partindo-se do pressuposto de que é o ato de julgar algo, deve-se comparar uma situação com um padrão, o que torna a avaliação um jogo de comparações, e que pode ser definida de forma sintética pela seguinte equação: $A = D + V$, na qual:

A =avaliação

D= descrição

V= valia (valor ou mérito)

Para se determinar a valia é necessário que se estabeleça critério, e esses critérios podem vir de diversas fontes:

- a) Os atores daquilo que se pretende avaliar.
- b) A experiência profissional.
- c) Os padrões estabelecidos por entidades de referência para o que se pretende avaliar.
- d) Os princípios que regem as sociedades.
- e) Comparação com casos bem sucedidos.

Os indicadores derivam dos critérios, sendo instrumentos utilizados para se medir a valia, uma vez que descrevem a situação e permitem, a partir da comparação, o julgamento.

A falta da cultura da avaliação no Brasil, também é abordada por Cordoni Junior (2005), em contraponto à quase obsessão de norteamericanos e ingleses.

De toda forma, apesar de que poucos a realizam, há o consenso de que a avaliação é fundamental.

Nos últimos anos percebe-se uma tendência para o aumento de trabalhos de avaliação no setor saúde, até mesmo por que o próprio Ministério da Saúde tem instituído pactos como o da atenção básica e a PPI- Programação Pactuada e Integrada, que de certa forma avaliam os resultados alcançados pelos gestores municipais e estaduais.

No entanto, ainda não existe consenso para indicadores que apontem com segurança os resultados da atenção básica.

Starfield (2004) menciona que os primeiros autores a demonstrar taxas de mortalidade específicas mais baixas relacionadas a proporções mais altas de médicos de atenção primária, foram Farmer e colaboradores em 1991.

Shi (1994), apud Starfield (2004), demonstra que indicadores como taxas de mortalidade total, neonatal, por doença cardíaca, por câncer, expectativa média de vida ao nascer, e baixo peso ao nascer, tem resultados

piores quanto menor a proporção de médicos de atenção primária à disposição da população.

No estudo realizado por Hurst e Hughes (2001), a dificuldade de estabelecer indicadores de resultados da atenção à saúde é demonstrada pela falta de consenso entre países como os EUA, a Austrália, o Canadá, o Reino Unido e organizações como a O.C.D.E. - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico.

No entanto, é necessário um ponto de partida, e que a avaliação leve em conta a exeqüibilidade, e sustentabilidade organizacional e financeira da proposta, até mesmo, pelo fato de efetividade e impacto de qualquer que seja a proposta de avaliação, depender de sua operacionalidade e continuidade. (VIACAVA et al, 2004).

3 SAÚDE: ATENÇÃO BÁSICA EM ROLÂNDIA

3.1 RETROSPECTIVA: 1970 A 2002 – DO INAMPS AO PSF.

Para que se possa falar de atenção básica em Rolândia, é necessário fazer uma retrospectiva da história desse setor, nos níveis nacional, estadual e municipal, para a contextualização e apresentação dos fatores que influenciaram a evolução de uma assistência, notadamente hospitalocêntrica, para outra voltada à prevenção, e reorganizada com base nos princípios da atenção primária.

A municipalização dos serviços de saúde, no Brasil, era uma das grandes reivindicações do movimento de reforma sanitária, iniciado na década de 1970. Este movimento foi decisivo na redação da Constituição Federal de 1988 e principalmente na criação do Sistema Único de Saúde.

Ainda na década de 1970, a porta de entrada do sistema de saúde eram os hospitais públicos, filantrópicos ou privados, conveniados ao INAMPS. E era condição *sine qua non* a apresentação de carteira comprobatória de que era contribuinte ao sistema previdenciário para que se fizesse o atendimento, caso contrário seria considerado indigente.

A universalização do acesso aos serviços de saúde só acontecia na cabeça de líderes tidos como subversivos, uma vez que a ditadura militar que comandava o Brasil confundia a ideologia do socialismo, com a do bem estar social, praticada em muitos países capitalistas.

Uma das grandes bandeiras do movimento sanitarista era a necessidade da opção pela atenção primária, tese consagrada no encontro de Alma-Ata¹, em 1978, cuja definição do modelo de atenção foi assim relatada no parágrafo VI da Declaração:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas universalmente acessíveis a indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1979).

Os princípios da atenção primária, no Brasil, obtiveram seu amparo legal com a constituição de 1988 e, posteriormente, com as leis 8080 e 8142 de 1990 (BRASIL, 1992). Porém, muito antes da legislação disposta na Carta Magna e da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o movimento da reforma sanitária, que se caracterizava por uma forma crítica de pensar e conceber políticas de saúde, já abraçava o conceito de atenção primária à saúde.

Desta forma, várias experiências e ações concretas, ainda nas décadas de 1970 e 1980, tomaram forma e corpo na busca da reorganização

¹ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, ex-URSS, atual Cazaquistão, de 6 a 12 de setembro de 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde.

dos serviços de saúde e também de um País que ainda vivia nas sombras da ditadura militar (Silva, 2001).

O movimento da reforma sanitária buscava mais do que alternativas para o sistema de saúde até então instalado, visava à justiça social almejada na declaração de Alma-Ata, nos parágrafos VIII e IX:

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis. Todos os países devem cooperar num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre os cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo. (OMS, 1979).

O Congresso de Alma-Ata torna-se a pedra fundamental para ações em saúde pública no mundo, e em nosso país ecoou uma voz à procura de democracia e saúde para todos, amparada pela Carta Magna, que resultou no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este programa foi o protótipo de algo maior, o Programa de Saúde da Família (PSF). O amparo intelectual e filosófico era de boa cepa, pois já apontava a necessidade de contar com o apoio de agentes de saúde da comunidade, mesmo que em realidades distintas.

Ao nível inicial de contato entre os indivíduos e o sistema de serviços de saúde, os cuidados primários são proporcionados por agentes de saúde da comunidade, trabalhando em equipe. As modalidades de agentes de saúde variarão de um país e de uma comunidade para outra, de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis para o seu atendimento. Assim, em diferentes sociedades, podem incluir pessoas com limitada educação, submetidas a treinamento elementar em serviços de saúde, 'médicos descalços', assistentes médicos,

enfermeiras práticas, e profissionais, 'feldschers'², e tanto clínicos gerais, como médicos tradicionais (OMS, 1979).

A partir de 1979 inicia-se no Brasil o período de abertura política, após 15 anos de ditadura militar, e tal processo de redemocratização prevê para o ano de 1982 eleições diretas para governadores de todos os estados e distrito federal.

As eleições realizadas trazem como resultado a conquista da maioria dos governos estaduais por partidos da oposição ao regime militar, cenário também vivido pelo estado do Paraná, que a partir de 1983 começa a ser governado por José Richa.

O novo governo apontava para modificações estruturantes na área da saúde, pois era constituído por militantes políticos, técnicos capacitados, e fundamentalmente, pensadores e pesquisadores que viam na atenção primária a possibilidade da melhoria do perfil epidemiológico do estado do Paraná.

No ano de 1983, o apoio do governo estadual foi fundamental para que os princípios da atenção primária fossem disseminados por todo o norte do Paraná, incentivando a abertura de postos de saúde e a descentralização das ações.

Ainda em 1983, outro marco da Reforma Sanitária no Paraná acontece, com o Grupo de Saúde da AMEPAR, iniciado a partir de discussões

² Feldschers – Nome dado aos barbeiros-cirurgiões da idade média; hoje em dia são profissionais semelhantes aos enfermeiros, ou assistentes de médicos, porém sem a educação formal.

“dos problemas de sobrecarga e dificuldades financeiras do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná”. (AMEPAR, 1984).

Em 24 de maio de 1983, em Ibiporã, cidade vizinha de Rolândia, houve a primeira reunião, cujo tema central era a atenção primária e outras propostas alternativas para a resolução dos problemas enfrentados pelo setor da saúde.

Havia o consenso de que os municípios precisavam contar com serviços que permitissem a retenção e resolução de casos mais simples. E nesta fase inicial, a contribuição de municípios como Ibiporã, Londrina, Cambé e Rolândia, aliados aos representantes do estado e da Universidade Estadual de Londrina, foi determinante para a disseminação dos conceitos de atenção primária.

O Grupo de Saúde da AMEPAR também foi determinante para a constituição da APASEMS - Associação Paranaense de Serviços Municipais de Saúde - em 1987 que, em seu estatuto, previa a constituição dos CRESEMS, Conselhos Regionais de Serviços de Saúde. (AMEPAR, 1987).

Hoje em dia, todos os estados possuem seu COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde, seus CRESEMS - Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde, e também existem os conselhos nacionais de secretários municipais e estaduais de saúde, respectivamente o CONASEMS e o CONASS, constituídos a partir de 1986.

Em Rolândia, a criação da Secretaria de Saúde e Bem Estar Social, aconteceu em 1983 e, a partir disso, iniciou-se a melhoria dos atendimentos prestados com a abertura de postos de saúde na área urbana e também nos distritos do município.

O município de Rolândia acompanhou os passos da Reforma Sanitária que transformou o sonho do SUS em realidade, porém, a partir da década de 1990, houve um retrocesso na visão da necessidade de investimentos na estrutura municipal de ações e serviços de saúde.

A cidade, que havia contribuído fortemente para o avanço da municipalização, tornou-se mais uma vez dependente do município-pólo e do Consórcio Intermunicipal de Saúde, sediado em Londrina.

Constata-se o pouco investimento no setor saúde, notadamente em recursos humanos, fazendo a população perder grande parte da credibilidade que devotava, não só aos profissionais, mas aos serviços de saúde como um todo.

No ano de 1998, o município implantou sua primeira equipe de saúde da família constituída de um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e de uma assistente social, além de seis agentes comunitários de saúde, alocados no bairro São Fernando, atendendo a uma população de cerca de 4.000 pessoas.

O gestor municipal da época optou por implantar o PSF em doses homeopáticas: no ano de 2000, implantou mais duas equipes de saúde

da família, agora instaladas no bairro Parigot de Souza e na zona rural, abrangendo os distritos de São Martinho e Nossa Senhora Aparecida.

O ano de 2001 foi marcado pela realização da V Conferência Municipal de Saúde, na qual a opção pelo PSF foi adotada como estratégia para a reorganização da assistência à Saúde no município. Tornou-se necessário recuperar os direitos constitucionais do cidadão, uma vez que o setor vinha sofrendo críticas por parte da população que demandava serviços de qualidade e em maior quantidade.

A partir do ano de 2002, houve a expansão do PSF e o que antes era um programa tornou-se estratégia para a reorganização da atenção básica com a implantação de novas equipes. No ano de 2003, alcançou-se a cobertura de 70% da população, abrangendo mais de 40.000 habitantes. (ROLÂNDIA, 2006a).

O município possui seis unidades básicas de saúde, que dispõem de 12 equipes de saúde da família e 12 equipes de saúde bucal, cobrindo cerca de 70% da população. Dessas unidades de saúde, quatro estão situadas na zona urbana e duas nos distritos de São Martinho e Nossa Senhora Aparecida. Conta também com um posto de atendimento, situado na fazenda Jaú, que é visitado duas vezes por semana por uma equipe de saúde composta por médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem, que realiza os atendimentos básicos.

A figura 1 mostra a localização das unidades básicas de saúde na zona urbana do município.

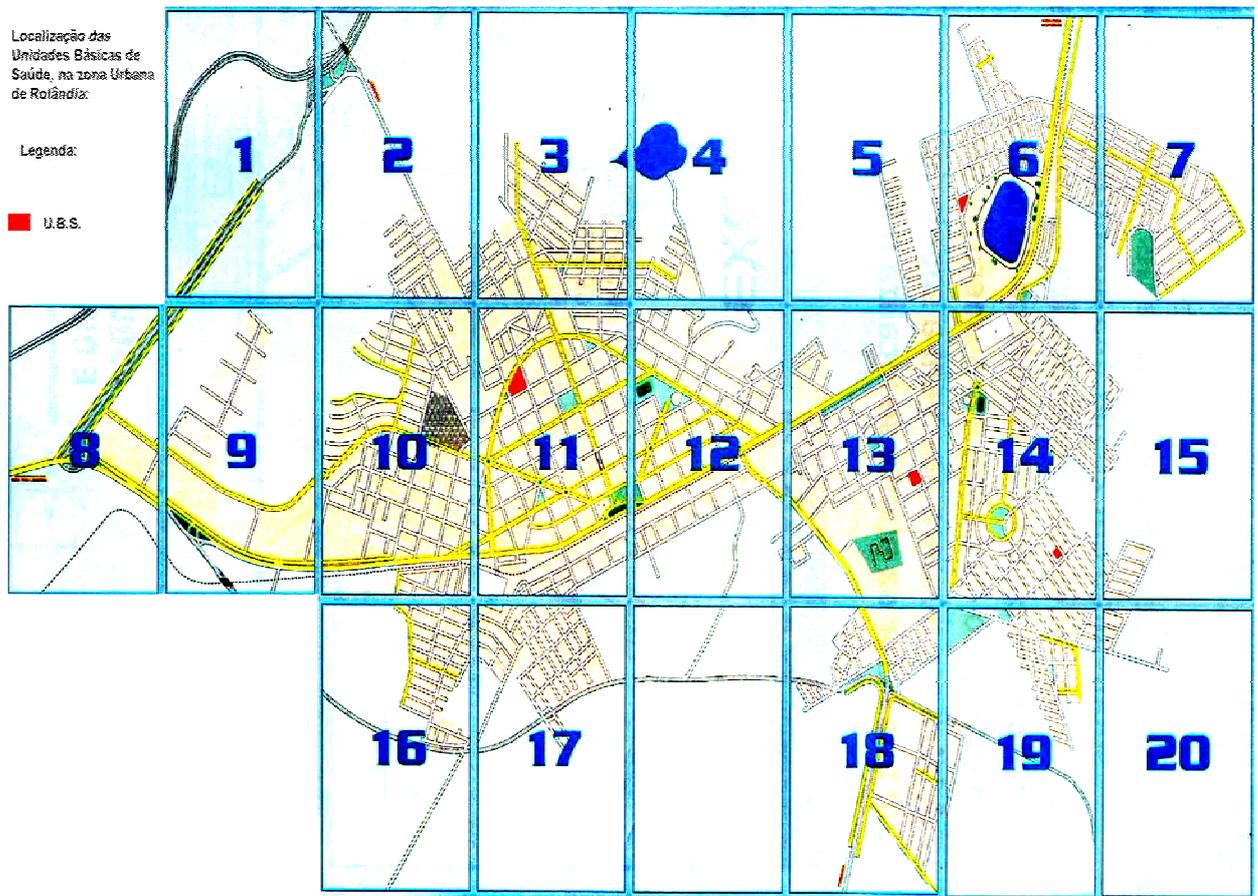


Figura 1 - Distribuição geográfica das Unidades Básicas de Saúde na zona Urbana de Rolândia.

Podemos notar na figura 1 que há ainda a necessidade da expansão do número de unidades de saúde no município, mesmo porque a quantidade tem permanecido constante nos últimos dez anos.

As administrações municipais têm optado por expandir as áreas das unidades de saúde já instaladas, pretendendo com isto atender à

crecente demanda por serviços públicos de saúde observada desde o advento da instituição do SUS.

O município dispõe de 40 médicos no serviço público, que compreende - além dos profissionais da atenção básica, em que se incluem os médicos generalistas, pediatras, cardiologistas, ortopedistas e ginecologistas-obstetras – os especialistas de diversas áreas como: neurologia, psiquiatria, dermatologia, otorrinolaringologia, proctologia, urologia, angiologia e oftalmologia. Dispõe também de um laboratório municipal de análises clínicas e patológicas, que realiza cerca de 1.800 exames mensais, além de contar com outros profissionais da área da saúde, como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, farmacêuticos, entre outros, elevando o número de funcionários desse setor a mais de 400 (ROLÂNDIA, 2006b).

Além dos serviços públicos, o município ainda conta com diversas clínicas e laboratórios particulares, que prestam serviços por meio de contratos e credenciamentos, realizando procedimentos e consultas especializadas, além de exames complementares.

A cidade conta com dois hospitais em situações bem distintas, um de caráter filantrópico, que recebe subvenções do município, e um hospital psiquiátrico, este de caráter privado, mas credenciado ao SUS. A oferta de leitos para o Sistema Único de Saúde é em número de 75, destinados ao atendimento geral, e de 147 destinados exclusivamente para internamentos psiquiátricos.

A figura 2 mostra as cidades pertencentes à 17ª Regional de Saúde e a capacidade instalada dos serviços de saúde, relacionando estabelecimentos que fazem parte da rede pública de assistência ou de conveniados aos SUS, além do número de unidades básicas e de equipes de saúde da família.

Capacidade Instalada da 17ª Regional de Saúde

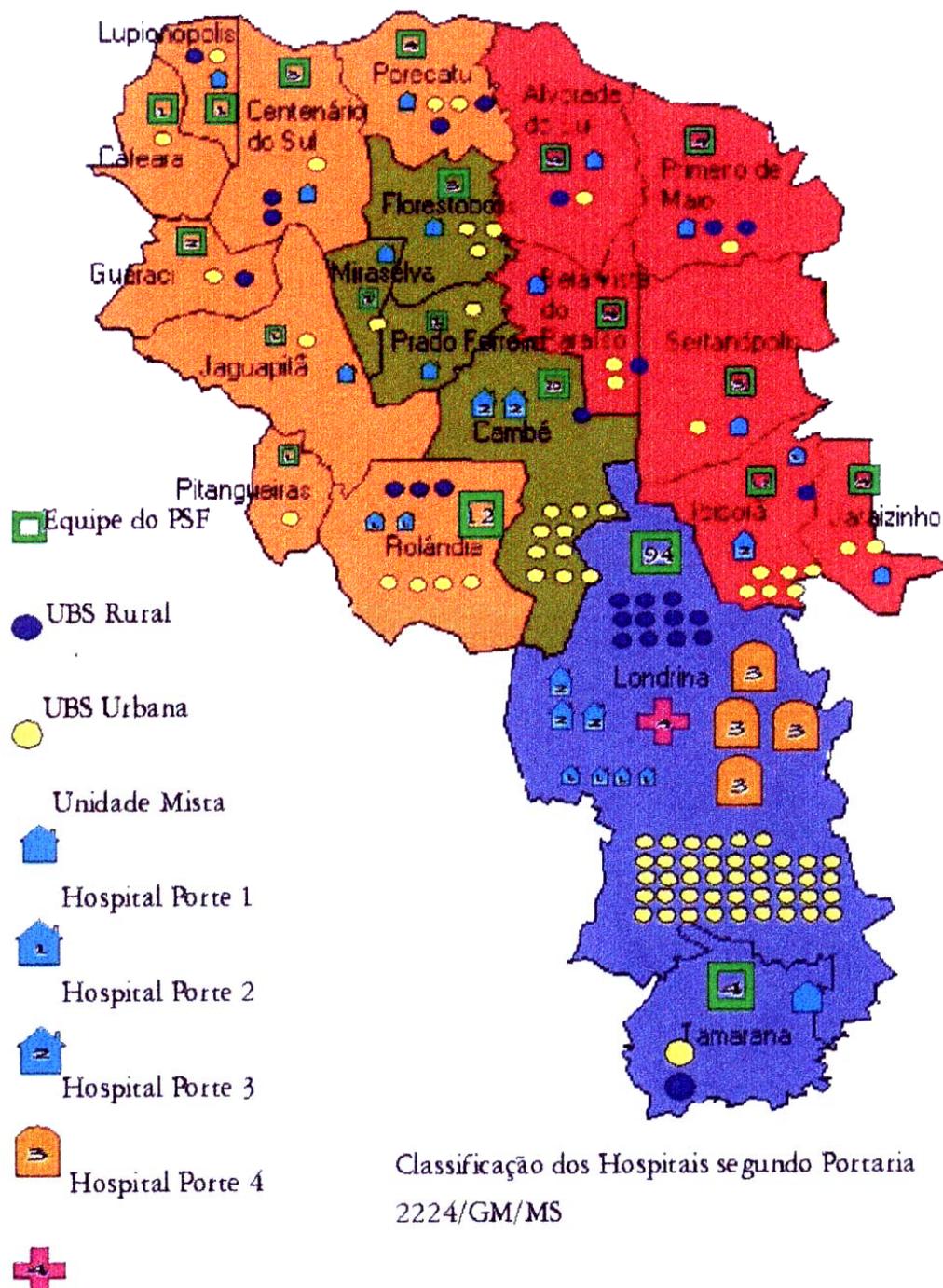


Figura 2 - Capacidade instalada dos serviços de saúde, na 17ª. Regional de Saúde.

Como se pode notar, a estratégia de saúde da família está bem disseminada pelos 20 municípios pertencentes à 17ª. Regional de Saúde, não

havendo qualquer município que tenha prescindido da implantação de ao menos uma equipe em seu território.

Retornando ao nosso roteiro, é necessário que discorramos sobre os recursos financeiros a disposição do município.

3.2 RECURSOS FINANCEIROS EM SAÚDE

A figura 3 apresenta um demonstrativo de todas as rubricas de transferências feitas pelos governos federal e estadual ao município de Rolândia no ano de 2004.

RUBRICA	VALORES
Piso da Atenção Básica Ampliada (PABA)	R\$ 56.174,08
Programa Saúde da Família (PSF)	R\$ 64.800,00
Incentivo Estadual ao PSF*	R\$ 10.000,00
Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFCED)	R\$ 11.468,71
Média Alta Complexidade na Vigilância Sanitária (MAC-VISA)	R\$ 1.080,27
Fração Ambulatorial Especializada* (FAE)	R\$ 23.000,00
Vigilância Sanitária	R\$ 1.080,27
PSF - Saúde Bucal	R\$ 22.400,00
Farmácia Básica**	R\$ 7.129,79
Programa dos Agentes Comunitários (PACS)	R\$ 21.600,00
Total Mensal	R\$ 218.733,12

Fonte: ROLÂNDIA, 2005b.

* Recursos transferidos pelo estado do Paraná.

** Recurso disponibilizado em medicamentos no Consórcio Paraná Saúde.

Figura 3 – Quadro demonstrativo das rubricas de transferências de recursos estaduais e federais, ao fundo municipal de saúde.

A figura 3 explicita as rubricas orçamentárias, as quais o gestor municipal está submetido, e a pulverização dos recursos transferidos transforma-se em obstáculo para a melhor utilização dos mesmos.

À exceção do PAB-A, todos os outros recursos têm destinação obrigatória e dirigida, não podendo ser utilizados pelo gestor municipal de forma livre e autônoma.

Uma vez descrita a localidade e traçado um breve histórico do sistema de saúde de Rolândia, no capítulo III discorre-se sobre a justificativa da pesquisa que se consubstanciou nesta dissertação, dos objetivos que a norteiam e dos procedimentos metodológicos aplicados.

3. JUSTIFICATIVA ,OBJETIVOS E METODOLOGIA.

O estudo pretende, como já se expôs, demonstrar a evolução da atenção à saúde no município de Rolândia no período de 1996 a 2004, e neste contexto, evidenciar alguns resultados obtidos por meio da reorganização da atenção básica, tendo como principal agente indutor o Programa de Saúde da Família.

A assistência à saúde no Brasil tem apresentado características que podem ser recriadas e serem objetos de análise, porém, apesar de passados 20 anos da implantação de serviços municipais de saúde, no Paraná, não há muitos estudos sobre a avaliação da atenção básica.

A avaliação em saúde é muito pouco praticada no Brasil, e apesar de ser preconizada por muitos autores e ser necessária para que se tenha parâmetros para planejamento e execução de projetos, ainda não está disseminada em nosso País a cultura para sua execução. Isto não significa que a avaliação deva ser tratada como um fim em si mesma, mas disposta como fonte de informações necessárias para o direcionamento das decisões a serem tomadas.

Comparar resultados obtidos, rever os passos trilhados, programar e planejar melhor as ações a serem executadas, são alguns temas que por si justificam a avaliação.

Nessa linha de pensamento, o trabalho pretende avaliar a atenção básica no município de Rolândia, partindo-se do pressuposto de que a avaliação não é algo que deva ser instrumento de punição; ao contrário,

ferramenta de discernimento entre práticas tradicionais e novas experiências, na busca do melhor caminho e da reafirmação da atenção básica.

Referida internacionalmente como atenção primária e reafirmada em Alma-Ata, como um objetivo para o mundo, tendo como bases a prevenção, adoção de cuidados elementares e necessários à população e à participação da mesma, a atenção básica já demonstrou em diversos países que pode ser o diferencial necessário, na busca de melhores condições de vida para todos os cidadãos.

Isto posto, delimitam-se os seguintes objetivos:

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a atenção básica em saúde no município de Rolândia, no período de 1996 a 2004.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a evolução da estrutura do serviço municipal de atenção à saúde.
- Analisar a evolução dos resultados da atenção básica.
- Comparar os resultados da atenção básica, em três períodos distintos, de 96 a 98, de 99 a 2001 e de 2002 a 2004, correspondentes aos períodos anteriores à instalação do PSF, de instalação incipiente, e de ESF em mais de 70% do município, respectivamente.

Para alcançar esses objetivos, estabeleceram-se os seguintes:

3.3 OPÇÃO METODOLÓGICA

O trabalho é um estudo ecológico e longitudinal, mas também se caracteriza como um estudo de caso, que “é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se podem manipular comportamentos relevantes”. (YIN, 2001).

A opção metodológica feita levou em conta os dados disponíveis, o objetivo que se propunha alcançar e o tempo disponível para a realização da avaliação proposta.

Poderá se constatar mais adiante que houve uma grande preocupação em se trabalhar com dados e indicadores fidedignos, de domínio público e de base populacional, o que contribuiu para dar o presente delineamento ao estudo.

3.4 INDICADORES

A avaliação requer que se selecione um conjunto de indicadores representativos dos principais componentes da qualidade, que são: Estrutura, Processo e Resultados (DONABEDIAN, 1980), e esses indicadores devem, de preferência, ser expressos em termos relativos e não em números absolutos. Na Figura 4, para facilitar a comparação, estão dispostos os critérios adotados na seleção dos indicadores.

VALIDADE	O indicador mede realmente o que se pretende medir.
PRECISÃO	O indicador está definido de maneira clara e sem ambigüidades.
CONFIABILIDADE	Deve produzir o mesmo resultado, se for avaliado o mesmo sistema de saúde, mas por pesquisadores distintos. Não deve ser baseado na subjetividade.
OPORTUNIDADE /DISPONIBILIDADE	O indicador deve estar disponível anualmente, não pode depender de estatísticas governamentais que são publicadas com vários anos de atraso.
POSSIBILIDADE DE COMPARAÇÃO	Utilização em realidades e sistemas distintos, com o objetivo de confrontá-los.
POSSIBILIDADE DE AGREGAÇÃO	Possibilidade de aplicá-lo de forma válida, a subgrupos, regiões delimitadas e etc.
INTERPRETABILIDADE	Não devem dar margem a interpretações dúbias ou errôneas, (ex: maior gasto com medicamentos significa mais ou menos qualidade na atenção à saúde?).
CUSTO	O acesso ao indicador deve ser viável economicamente.

Fonte: KNOWLES et al, 1997.

FIGURA 4 – Critérios usados na seleção dos indicadores.

Para que se pudesse alcançar o objetivo de estabelecer indicadores que respeitassem esses critérios, e que pudessem levar a uma avaliação fidedigna e bem fundamentada, a disciplina de Avaliação em Sistemas de Saúde do Mestrado em Saúde coletiva propôs reuniões onde se fizeram leituras de artigos, livros e outras referências bibliográficas.

O resultado final dessa disciplina foi desafiador, pois, ao mesmo tempo em que muito se fala sobre avaliação e indicadores, pouco se produz na solidificação ou na construção concreta de indicadores plenamente utilizáveis e definitivos sobre a importância da atenção básica na melhoria da qualidade de vida de uma população.

A propósito, Viacava *et al* (2005) relatam a dificuldade de trabalhar com indicadores de resultado de base populacional, usando as estatísticas rotineiras, como também identificar os resultados que podem ser atribuídos ao impacto das ações dos serviços de saúde, de maneira taxativa.

O que se pôde comprovar, para o desenvolvimento desta dissertação, foi a pouca disponibilidade de material publicado, principalmente na avaliação de pequenos sistemas de saúde, como por exemplo, a atenção básica num município. Da mesma forma, não há indicadores na literatura que sejam unânimes, ou que ao menos estejam cristalizados a ponto de tornarem-se referências.

Há grande proliferação de trabalhos em torno da avaliação dos sistemas nacionais de saúde, principalmente patrocinados pela OCDE- Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico, e voltados para a busca da padronização de indicadores. Estudos, como os de Hurst & Hughes (2001), já demonstram que na relação de 13 indicadores relacionados como de resultados pelos países, apenas cinco são devidos às ações dos serviços de saúde.

Portanto, o trabalho pretende tornar-se uma primeira avaliação de atenção básica de serviços de saúde, desta população determinada, pois

são necessários indicadores definitivos e conceituais, mas principalmente dados fidedignos, para que outros também possam utilizar a mesma metodologia para avaliar os resultados da atenção básica na área da Saúde de quaisquer outros municípios.

3.5 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

Como mencionado anteriormente, serão avaliados os componentes da qualidade, iniciando pela avaliação de estrutura, que leva em consideração os itens usualmente denominados como recursos, que devem estar relativamente organizados para que se possa alcançar determinada finalidade (COHEN, 1993). Nesse item fez-se a opção de incluir os seguintes indicadores (ANEXO B):

- Média Anual de Gastos Públicos Totais em Saúde (por triênio);
- Média Anual de Gastos em Saúde por Habitante (por triênio);
- Proporção dos Gastos no setor saúde, pela população do município;
- Proporção de gastos municipais em relação às transferências de outros níveis de governo.

Por se tratar de período em que houve momentos de estabilidade econômica alternada com anos de inflação, é necessário que se faça a deflação para tornar possível a comparação dos números obtidos.

Apesar dos vários índices à disposição, escolheu-se o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA, por ser produzido por órgão oficial, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. O período de coleta do IPCA estende-se, em geral, do dia 01 a 30 do mês de referência e é feito através do Sistema Nacional de Preços ao Consumidor – SNIPC, que efetua a produção contínua e sistemática de índices de preços ao consumidor.

A população-objetivo do IPCA abrange as famílias com rendimentos mensais entre 1 (um) e 40 (quarenta) salários-mínimos, qualquer que seja a fonte de rendimentos, residentes nas áreas urbanas das regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, além de Brasília e Goiânia.

Além de recursos financeiros, analisam-se também os recursos humanos, disponíveis no período de 1996 a 2004, no município de Rolândia, com a utilização dos seguintes indicadores:

- Proporção de médicos por 10.000 habitantes.
- Proporção de médicos, nas especialidades básicas, por 10.000 habitantes.
- Proporção de enfermeiros por 10.000 habitantes.
- Porcentagem da população atendida pelo Programa de Saúde da Família.

3.6 AVALIAÇÃO DE PROCESSOS

A avaliação de processos compreende a análise da rotina de trabalho, e deve ser entendida como o conjunto de *atividades realizadas para os clientes e as relações entre elas e a qualidade dos serviços prestados*. (BRASIL, 2000). A introdução de novas práticas, que têm como objetivo chegar à oferta organizada dos serviços, em substituição ao atendimento da demanda espontânea, é um exemplo de mudança de processo, que, no entanto, não pode ser avaliada em tão curto espaço de tempo.

Apesar de concordar com os princípios de Donabedian (1980), em que se deva avaliar estrutura, processo e resultados para a qualidade de um serviço ou atividade, não se inclui nesta dissertação a avaliação de processos, até por acreditar na existência da dificuldade em estabelecer a real aplicação de determinados protocolos de atendimento.

Pode-se até propor alguns itens, como a adoção de programas especiais para grupos populacionais com necessidades específicas, como os diabéticos e hipertensos, ou a adoção de estratégia para adscrição e vinculação da clientela SUS, tal procedimento, porém, demandaria tempo em pesquisas qualitativas, incluindo-se entrevistas e a utilização de grupos focais, o que não seria exequível dentro do prazo de que se dispõe para a conclusão de uma dissertação.

A utilização dessas técnicas tenderia a apontar em que medida os processos estão sendo efetivamente aplicados e qual o peso deles nos resultados alcançados. No entanto, não se tem, ainda, a habilidade e o

conhecimento necessários para a plena utilização de tais técnicas, o que, com certeza, redundaria em tergiversações e perda de tempo precioso. Acredita-se, todavia, que a avaliação aqui proposta e a utilização dos indicadores de estrutura e resultados serão suficientes para apresentar um retrato confiável da evolução da atenção básica.

3.7 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

A avaliação de resultados deve conter alguns indicadores adotados pelo Ministério da Saúde, no Pacto da Atenção Básica, pois “constitui uma forma de obter uma visão ampla e ambiciosa sobre o sistema de atenção básica, podendo ser considerado um tipo de *roadmap*³”. (FIOCRUZ, 2004).

Alguns desses indicadores também são encontrados no trabalho da OPAS/ OMS, uma vez que os indicadores do pacto da atenção básica, revisados para 2005, segundo o Ministério da Saúde, tem oito tópicos que são: saúde da criança, saúde da mulher, controle de hipertensão, controle de diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, saúde bucal e indicadores gerais, que demonstram a proporção da população coberta pelo PSF, média de consultas por habitante nas especialidades básicas e média mensal de visitas domiciliares por família, chegando a um total de 34 indicadores.(BRASIL, 2005)

Segundo o *Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud – guía metodológica* (OMS/OPAS, 2000), alguns indicadores refletem as necessidades de atenção à saúde de uma determinada população

³ Roadmap - Mapa; Roteiro.

e até certo ponto podem mensurar o resultado, ou resultados, da provisão dos serviços de saúde, que são:

- a) Esperança de vida ao nascer.
- b) Coeficiente de mortalidade infantil.
- c) Coeficiente de mortalidade em menores de 05 anos.
- d) Mortalidade na população entre 15 e 65 anos.
- e) Taxa de mortalidade materna.
- f) Indicador de morbidade.

A maioria desses indicadores, porém, reflete mais fielmente a situação de sistemas de saúde nacionais, nos quais os indicadores de mortalidade geral, materna e infantil, não sofrem tanta distorção, uma vez que estão 'diluídos' em populações maiores. Por outro lado, não se consegue estabelecer uma relação de causa e efeito apenas com a melhoria da atenção básica, quando se melhoram aqueles coeficientes.

No trabalho de Hurst e Hughes (2001), a dificuldade de estabelecer indicadores de resultados da atenção à saúde é demonstrada pela falta de consenso entre países como os EUA, a Austrália, o Canadá, o Reino Unido e organizações como a OCDE, que, entre 13 indicadores utilizados, possuem em comum apenas cinco deles, que são:

- A) Mortalidade infantil.
- B) Mortalidade infantil precoce.
- C) Baixo peso ao nascer.

D) Incidência de doenças infecto-contagiosas.

E) Mortes evitáveis em condições determinadas.

Além desses, há um indicador utilizado por todos os países, à exceção da Austrália, que é o de internações evitáveis em determinadas condições. Outros indicadores são classificados como Proxy de resultados, ou seja, medidas das condições de saúde nas quais há razão para supor que a morbidade ou mortalidade poderiam ser amenizadas caso houvesse adequada e tempestiva atenção à saúde, e também, processos de cuidados os quais se relacionam fortemente com bons resultados.

Tendo em vista todas as dificuldades apresentadas, e a ausência de consenso quanto aos indicadores a serem utilizados, optou-se por selecionar alguns, que podem apontar os resultados da melhoria da estrutura dos serviços, principalmente com o apoio da estratégia de Saúde da Família, utilizando-se os seguintes indicadores para resultados:

- a) Média de consultas médicas anuais, já que o Ministério da Saúde e a OMS preconizam duas consultas por habitante por ano, como parâmetro mínimo de oferta para qualquer sistema de saúde.
- b) Internamentos por Acidente Vascular Cerebral – AVC, pois podem refletir a atuação dos programas da atenção básica, além de que fazem parte dos indicadores relacionados no pacto da Atenção Básica.

- c) Internamentos por Diabetes Mellitus, pois podem refletir a atuação dos programas da atenção básica, além de que fazem parte dos indicadores relacionados no pacto da Atenção Básica.
- d) Proporção anual de internamentos pelo SUS, dos residentes em Rolândia; pois a diminuição da porcentagem de internamentos pode denotar melhor qualidade de vida ou melhoria da resolução de problemas de saúde pelas Unidades Básicas. Compreende-se que qualquer uma das duas alternativas é satisfatória e bem-vinda.
- e) Mortalidade Geral, pois a diminuição demonstra o aumento da expectativa de vida de uma população.
- f) Mortalidade infantil, pois a atenção à saúde da criança é primordial para qualquer sociedade que pretenda ter futuro, além do que este indicador é apontado e selecionado pela unanimidade dos autores e organismos nacionais e internacionais por sua capacidade de demonstrar o perfil e a qualidade de saúde de uma população.

3.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS RESULTADOS

A comparação dos resultados, apurados nos períodos em análise, foi realizada utilizando a distribuição de Poisson. A análise de tendência dos resultados foi feita pelo método da regressão linear (ARMITAGE & BERRY, 1994). Os cálculos foram efetuados na planilha eletrônica Excel. Os testes foram realizados ao nível de probabilidade de significância de 5%, com $p < 0,05$ e de Z maior que $|1,96|$.

3.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto deste trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (Anexo A), tendo recebido parecer de número 260/04, de caráter favorável em relação às exigências e normas do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996).

4. RESULTADOS

Neste capítulo, serão descritos e analisados os dados, que foram coletados em bancos de informações públicos e acessíveis à população.

Alguns desses dados, notadamente os relativos aos anos de 1996 a 1998, foram coletados com um grau um pouco maior de dificuldade, que entretanto, não se configurou em impeditivo para a realização do trabalho.

Pretendeu-se traçar um perfil do município, perpassando por nós críticos da estrutura do serviço de saúde e apresentando resultados que possam estar relacionados à atenção básica. Os indicadores propostos e as informações coletadas, serão apresentados a seguir:

4.1 FINANCIAMENTO

4.1.1. GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

A evolução dos gastos é apresentada na Tabela 1, que contém os valores apurados em cada triênio e os valores corrigidos pela inflação dos períodos correspondentes.

Tabela 1. Evolução dos Gastos Municipais Totais em Saúde, no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004, em triênios.

GASTOS EM SAÚDE					
Triênio	População	Gastos Municipais Totais em Saúde (R\$)	Inflação (IPCA)	Gastos Corrigidos (R\$)	Evolução
96/98	137.796	6.552.258,50	14,78	5.583.834,70	+15,23%*
99/01	148.594	9.594.796,50	31,34	6.587.787,30	+13,62%**
02/04	156.410	19.476.854,30	60,84	7.627.137,40	+26,78***

Fonte: ROLÂNDIA, 2005c.

* Refere-se à evolução dos gastos municipais quando comparado o período de 1999/2001 com o de 1996/1998.

** Evolução constatada na comparação entre o período de 2002/2004 com o de 1999/2001.

***Comparação realizada entre os períodos de 2002/2004 e 1996/1998.

As comparações realizadas entre os períodos acima permitem avaliar se houve evolução nos gastos realizados pelo setor saúde, ou seja, se houve avanço no aporte de recursos orçamentários, destinados à assistência. A utilização de cálculo para a deflação dos valores, por sua vez, permite verificar se houve aumento real do investimento na saúde do município.

A Tabela 2 demonstra a evolução dos gastos municipais em saúde, ano a ano e os gastos reais submetidos à deflação e serve de subsídio para a figura 5, que é a representação gráfica da análise de tendência para este indicador.

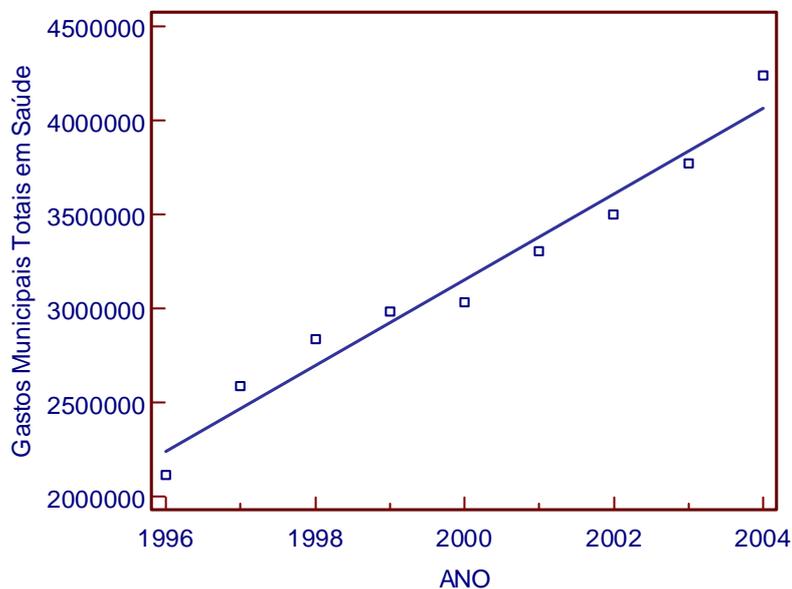
Tabela 2. Evolução dos Gastos Municipais Totais em Saúde, no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

Ano	Gastos Municipais Totais	Inflação IPCA do ano anterior	Gastos Totais CORRIGIDOS	Diferença em Reais
1996	1.779.154,10	22,41	2.114.014,21	- 334.860,11
1997	2.147.199,80	9,56	2.587.764,80	- 440.565,00
1998	2.625.904,60	5,22	2.835.155,11	-209.250,49
1999	2.684.473,40	1,65	2.983.150,21	- 298.676,79
2000	3.127.653,00	8,94	3.032.372,19	95.280,81
2001	3.782.670,10	5,97	3.303.466,26	479.203,84
2002	5.348.992,80	7,67	3.500.683,20	1.848.309,60
2003	6.227.943,70	12,53	3.769.185,60	2.458.758,10
2004	7.899.917,80	9,30	4.241.464,55	3.658.453,25

Fonte: ROLÂNDIA, 2005c.

Pode-se notar que os valores apurados até o ano de 1999 sofrem com a incidência da inflação, em contraponto, a partir do ano de 2000 há a recuperação e incremento dos valores reais investidos em saúde, no município de Rolândia.

A figura 5 demonstra graficamente a tendência da evolução dos recursos computados como gasto em saúde no período de 1996 a 2004, no município de Rolândia, somando-se as transferências de outras esferas de governo aos recursos próprios.



Coeficiente de determinação = 0,9629
 $Y = -453695948,9856 + 228423,9332 \times \text{ANO}$
 $F = 182 \rightarrow P < 0,001$

Figura 5. Gráfico da análise de tendência para o indicador de gastos municipais em saúde.

Os dados apresentados pela Tabela 2 são corroborados pela figura 5, demonstrando que houve uma significativa tendência ($p < 0,001$) no aumento de recursos públicos destinados ao setor saúde no município de Rolândia, no período estudado.

Mesmo com a corrosão inflacionária experimentada nos anos de 1996 a 2004, a tendência do crescimento dos investimentos em saúde é demonstrada graficamente, expondo o incremento dos valores computados como despesas nesse setor.

4.1.2 Gastos Anuais em Saúde, por habitante.

Este indicador reflete a evolução dos gastos por habitante nos períodos estudados, demonstrando o aumento dos recursos aplicados na atenção básica acima da inflação ao longo do tempo. (TABELA 3).

Tabela 3. Evolução dos gastos por habitante nos anos de 1996 a 2004, no município de Rolândia.

GASTOS POR HABITANTE					
Triênio	População	Gastos por Habitante (Em R\$)	Inflação (IPCA)	Gastos Corrigidos (R\$)	Evolução
96/98	137.796	47,55	14,78	47,55	31,33%*
99/01	148.594	64,57	31,34	62,45	22,46%**
02/04	156.410	124,52	60,84	76,48	60,84%***

Fonte: ROLÂNDIA, 2005c/ IBGE, 2006.

* Refere-se à evolução dos gastos municipais quando comparado o período de 1999/2001 com o de 1996/1998.

** Evolução constatada na comparação entre o período de 2002/2004 com o de 1999/2001.

***Comparação realizada entre os períodos de 2002/2004 e 1996/1998.

Da mesma forma que pôde ser constatada a evolução dos gastos totais em saúde, quando os dividimos pelo número de habitantes do município, percebe-se que houve incremento também neste indicador.

Neste caso há o agrupamento em triênios e é possível detectar que mesmo sob o impacto da inflação do período, há sempre uma tendência para o crescimento das despesas em saúde.

A tabela a seguir demonstra o valor per capita gasto em saúde, pelo município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

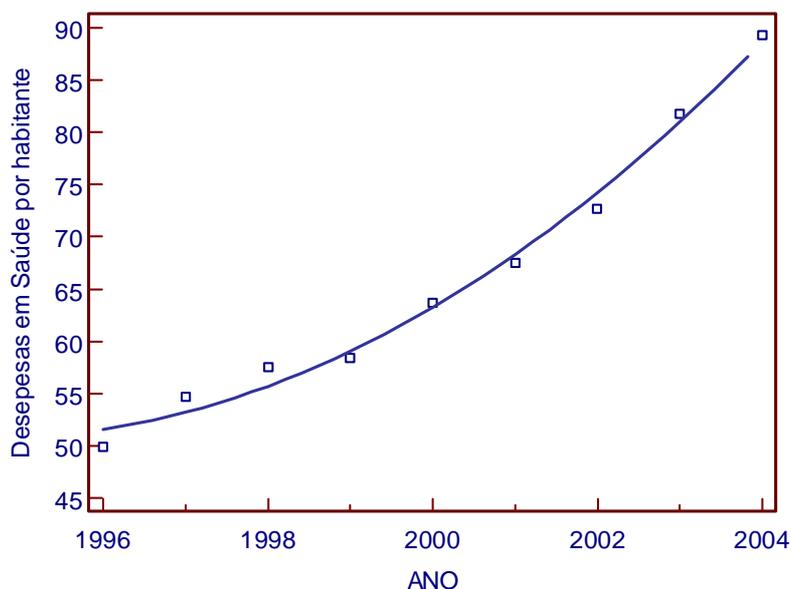
Os valores em Reais estão dispostos de acordo com as despesas informadas pelo município, e também foram submetidos a cálculos para que se pudesse ver o impacto da inflação de cada ano, possibilitando comparações sem distorções.

Tabela 4. Despesa anual em Saúde, por habitante, no município de Rolândia no período de 1996 a 2004.

Ano	Despesa em Saúde por Habitante/ano.	Inflação-IPCA. (ano anterior)	CORREÇÃO	DIFERENÇA em REAIS
1996	40,09	22,41%	-	-
1997	46,66	9,56%	54,64	-7,98
1998	55,40	5,22%	57,49	-2,09
1999	55,03	1,65%	58,44	-3,41
2000	63,30	8,94%	63,66	-0,36
2001	75,05	5,97%	67,46	+8,04
2002	104,72	7,67%	72,64	+32,08
2003	120,11	12,53%	81,74	+38,37
2004	147,72	9,30%	89,34	+58,38

Fonte: ROLÂNDIA, 2005c.

A tabela 4 demonstra os gastos públicos ano a ano e é subsídio para a figura 6 que tem a função de demonstrar se houve tendência na evolução do orçamento de Rolândia no período estudado.



Coefficiente de determinação = 0,9905.
 $Y = 1713814,2724 - 1718,3927 X \text{ ANO} + 0,4308 X \text{ ANO}^2$.
 $F = 312,3764 \rightarrow P < 0,001$

Figura 6 - Evolução das despesas em saúde, por habitante, no período de 1996 a 2004.

Como se pode notar, houve um aumento contínuo nas despesas em saúde por habitante, e essa evolução é de grande significância, uma vez que a análise de regressão resultou em $p < 0,001$.

Da mesma forma, nota-se uma inclinação maior da curva após o ano de 2001, atingindo cerca de R\$ 90,00 em gastos por habitante por ano,

em 2004. E este valor alcançado é 123% maior do que os R\$ 40, 09, relatados como despesa em saúde, por habitante, no ano de 1996.

4.1.3 Proporção de Gastos em Saúde no Orçamento Municipal.

Este indicador demonstra a evolução dos gastos municipais em saúde, tendo como base o orçamento municipal e todos os gastos públicos efetivados em cada período.

Tabela 5. Proporção de Recursos Próprios em Saúde em relação aos Gastos Municipais Totais em Saúde, em triênios.

RECURSOS PRÓPRIOS EM SAÚDE			
<i>Triênio</i>	<i>População</i>	<i>Proporção de Recursos Próprios em Saúde/ Gastos Totais Municipais</i>	<i>Gastos Municipais Totais em Saúde</i>
96/98	137.796	15,15%	6.552.258,50*
99/01	148.594	15,21%	9.594.796,50*
02/04	156.410	18,70%	19.476.854,30*

Fonte: ROLÂNDIA, 2005c.

* Valores não submetidos à deflação.

A Tabela 5 apresenta a evolução dos gastos em cada período estudado, observando-se que o intervalo compreendido entre os anos de 2002 e 2004 revela um substancial aumento da porcentagem do orçamento

municipal realizado em saúde, passando de um piso de pouco mais de 15% para quase 19%.

Cabe uma nota sobre a aprovação da Emenda Constitucional 29 de 2000, que previu o investimento mínimo em saúde a partir daquele ano, salientando que em todos os períodos estudados o município ultrapassou o piso estipulado.

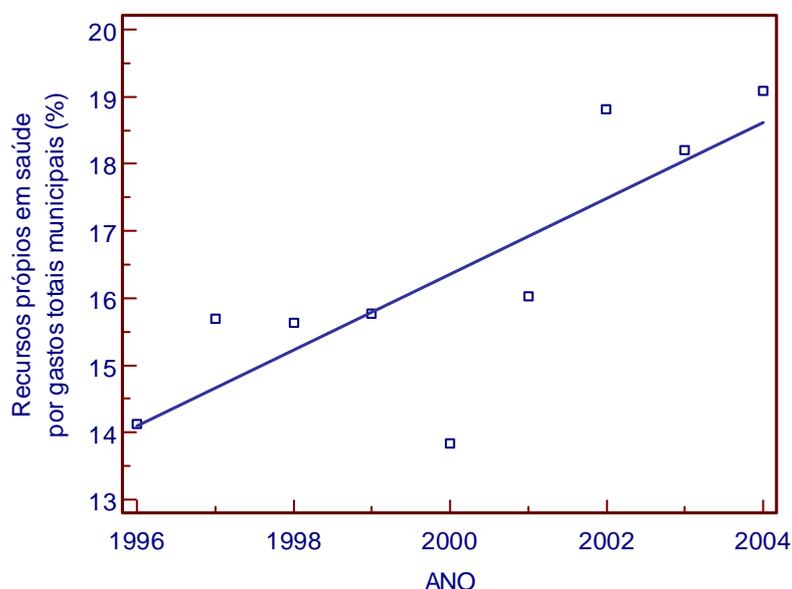
A tabela 6 apresenta os gastos ano a ano, demonstrando a evolução deste indicador, no município de Rolândia.

Tabela 6. Proporção de Recursos Próprios em Saúde em relação aos Gastos Municipais Totais em Saúde, de 1996 a 2004.

Ano	População	Proporção de Recursos Próprios em Saúde/ Gastos Totais Municipais	Gastos Municipais Totais em Saúde	Diferença em relação ao % do ano anterior
1996	44379	14,12%	1.779.154,10	-
1997	46018	15,69%	2.147.199,80	5,22
1998	47399	15,64%	2.625.904,60	1,65
1999	48782	15,77%	2.684.473,40	8,94
2000	49410	13,84%	3.127.653,00	5,97
2001	50402	16,03%	3.782.670,10	7,67
2002	51079	18,82%	5.348.992,80	12,53
2003	51852	18,20%	6.227.943,70	9,30
2004	53479	19,08%	7.899.917,80	7,60

Fonte: ROLÂNDIA, 2005c.

A figura 7 traz a representação gráfica da evolução da proporção dos gastos em saúde, no orçamento municipal total ao longo do intervalo de tempo entre os anos de 1996 e 2004.



Coefficiente de determinação = 0,6499.

$Y = -1116,6456 + 0,5665 X \text{ ANO}$

$F = 12,9949 \rightarrow P = 0,009$

Figura 7. Gráfico da Evolução dos gastos proporcionais em saúde, de 1996 a 2004.

Nota-se que a evolução, apesar de apresentar graficamente uma reta ascendente, demonstra valores mais ou menos constantes entre os anos de 1996 e 1999; o ano de 2000 apresenta, porém, uma queda que destoa dos anos anteriores, sendo inclusive, o menor índice da série estudada.

A partir de 2001, percebe-se uma retomada nos recursos gastos em saúde colocando-os acima do piso de 15%, preconizado pela emenda constitucional 29 de 2000 (EC-29), e alcançando mais de 19% em 2004.

4.1.4 Proporção das Transferências Federais nas Despesas Totais em Saúde.

Neste item houve uma grande dificuldade para conseguir todos os dados, pois o DATASUS apresenta valores apenas a partir do mês de dezembro de 1996 e que totalizaram R\$ 77.692,74, repassados ao município de Rolândia a título de remuneração por serviços produzidos no atendimento ambulatorial. Por esse motivo, construíram-se duas tabelas demonstrativas da evolução das transferências do governo federal e de seu impacto no orçamento geral da saúde.

Quando se utilizam os dados existentes no DATASUS relativos aos anos de 1996 a 1998, em comparação ao período de 1999 a 2001, obtém-se uma diminuição de 28,03% da participação das transferências federais no total de recursos gastos em saúde.

De outra forma, quando são utilizados os dados relativos apenas aos anos de 1997 e 1998, a comparação com o período posterior apresenta um decréscimo de 45,95% na contrapartida federal.

A Tabela 7 oferece um retrato mais fidedigno, porém faz-se necessária a apresentação dos dados colhidos para a visualização do momento de transição vivido entre os anos de 1996 e 1998, com a implementação das transferências fundo a fundo, do fundo nacional de saúde para o município.

Tabela 7 – Proporção entre os gastos Municipais e as transferências do Governo Federal, nos anos de 1996 a 2004.

TRANSFERÊNCIAS DO GOVERNO FEDERAL			
Triênio	Transferências do Governo Federal (Em R\$)	Gastos Municipais Totais em Saúde (Em R\$)	Proporção de Gastos Municipais/ Transferências
*96/98	2.215.136,06	5.583.834,70	39,67%
99/01	1.881.418,56	6.587.787,30	28,55%
02/04	1.998.577,20	7.627.137,40	26,20%

Fonte: BRASIL, 2006 e ROLÂNDIA, 2005c.

Tabela 8 - Evolução da Proporção entre os Gastos Municipais em Saúde e das Transferências do Governo Federal nos anos de 1997 a 2004.

GASTOS MUNICIPAIS EM SAÚDE			
<i>Triênio</i>	<i>Transferências do Governo Federal (Em R\$)</i>	<i>Gastos Municipais Totais em Saúde (Em R\$)</i>	<i>Proporção de Gastos Municipais/ Transferências</i>
97/98	2.148.926,31	4.067.639,57	52,82%
99/01	1.881.418,56	6.587.787,30	28,55%
02/04	1.998.577,20	7.627.137,40	26,20%

Fonte: BRASIL, 2006 e ROLÂNDIA, 2005c.

A tabela 8 é espelho da realidade das proporções entre recursos municipais e recursos advindos de outras esferas governamentais, na

consecução e financiamento do orçamento total em saúde, no município de Rolândia.

Pode-se perceber que as transferências provenientes de outros níveis de governo mantêm-se, praticamente, num mesmo patamar; por outro lado, a contrapartida financeira do município aumenta cada vez mais.

O decréscimo da participação financeira de outras esferas de governo, quando se comparam os períodos de 1997/98 e 2002/04, fica bastante evidente, pois, no primeiro período alcançavam mais da metade dos recursos e, nos últimos anos, retrai-se a pouco mais de 25% do total de recursos gastos em ações de saúde.

4.2 RECURSOS HUMANOS NO SETOR DE SAÚDE

A oferta e disponibilidade de recursos de Saúde serão descritas considerando: (i) o n.º total de médicos e proporção para cada 10 000 habitantes; (ii) o n.º total de médicos nas especialidades básicas e proporção para cada 10.000 habitantes; (iii) Proporção de profissionais de enfermagem para cada 10.000 habitantes; (iv) Porcentagem da população atendida pelo Programa de Saúde da Família.

4.2.1 Número Total de Médicos e Proporção para cada 10.000 habitantes

As tabelas 9 e 10 demonstram a evolução da estrutura de recursos humanos no município, notadamente no que tange ao número de médicos à disposição da população, através do SUS nas UBS.

Tabela 9 – Número total de médicos do município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004, por triênio.

NÚMERO TOTAL DE MÉDICOS					
Triênio	Número total de médicos	Proporção por 10.000 habitantes	Comparações	Z	Prob (Z)
96/98	61	4,43	T1 vs T2	-0,070	0,944
99/01	66	4,44	T1 vs T3	1,646	0,100
02/04	92	5,88	T2 vs T3	1,667	0,095

Fonte: ROLÂNDIA, 2006b.

* Refere-se à evolução dos gastos municipais quando comparado o período de 1999/2001 com o de 1996/1998.

** Evolução constatada na comparação entre o período de 2002/2004 com o de 1999/2001.

*** Comparação realizada entre os períodos de 2002/2004 e 1996/1998.

A disponibilidade de recursos humanos, principalmente de médicos, na área da saúde é primordial na avaliação da estrutura de serviços ofertados à população.

Constata-se que o número absoluto de médicos permanece constante no período de 1996 a 2001, e a proporção para um grupo de 10.000 habitantes se reduz do primeiro para o segundo período em pouco mais de 7%, por conta do aumento populacional.

Por sua vez, a partir do ano de 2002, o número de médicos aumenta e a proporção de profissionais chega a 4,35 por 10.000 habitantes, representando um avanço de mais de 50 % em relação ao período de 1999 a 2001, e de cerca de 40% em relação ao primeiro período estudado (Tabela 9).

O aumento do número de médicos é estatisticamente significativo ($p < 0,05$) apenas quando se compara o período compreendido entre os anos de 2002 e 2004 com aquele compreendido entre os anos de 1996 a 1998.

Tabela 10. Número total de médicos do município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

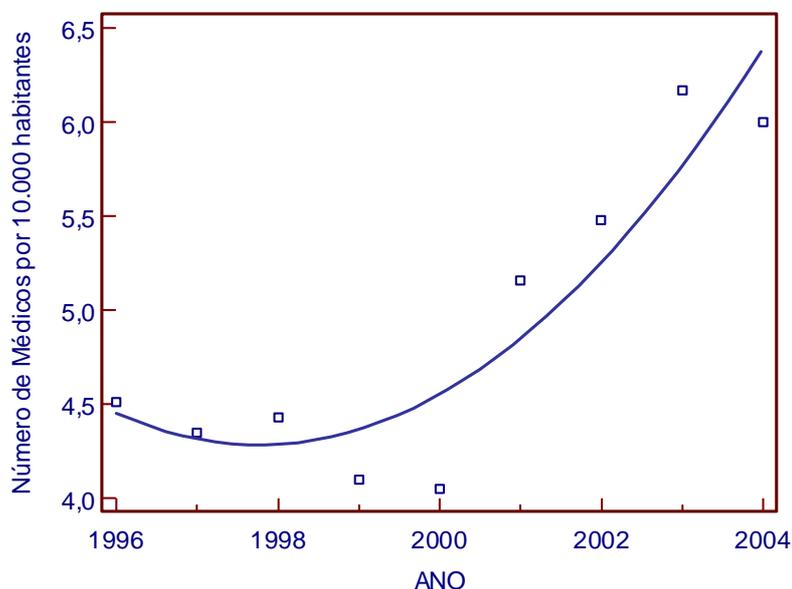
ANO	Total de Médicos	Proporção por 10.000 habitantes
1996	20	4,51
1997	20	4,35
1998	21	4,43
1999	20	4,10
2000	20	4,05
2001	26	5,16
2002	28	5,48
2003	32	6,17
2004	32	6,00

Fonte: ROLÂNDIA, 2006b.

A tabela 10 demonstra que o número de médicos é praticamente constante entre os anos de 1996 e 2000, sendo que a proporção desses profissionais para um grupo de 10.000 habitantes é decrescente, até mesmo por que há um crescimento populacional ao longo do período.

Por outro lado, a partir do ano de 2001, tanto o número absoluto de médicos quanto a proporção de profissionais por 10.00 habitantes, experimentam um avanço significativo, atingindo o ápice em 2003 com um aumento de 60% no número de médicos, em relação ao ano de 1996.

A figura 8 apresenta graficamente a evolução da proporção de médicos para um grupo de 10.000 habitantes, no período de 1996 a 2004.



Coeficiente de determinação = 0,8462.

$Y = 216932,5971 - 217,1710 \times \text{ANO} + 0,0544 \times \text{ANO}^2$

$F = 16,5016 \rightarrow P = 0,004$

Figura 8. Evolução do número de médicos para cada 10.000 habitantes.

A análise de regressão foi significativa apresentando $p < 0,05$. Demonstra, assim, a evolução do indicador com o aumento da oferta de profissionais médicos, ao longo do período estudado. Da mesma forma, apresenta uma recuperação neste indicador no ano de 2001, fazendo uma curva mais acentuada a partir de 2002, quando se inicia a implantação de mais equipes de Saúde da Família.

4.2.2 Número Total de Médicos nas Especialidades Básicas e Proporção para cada 10.000 habitantes.

Quando se fala em especialidades básicas, incluem-se a pediatria, a clínica médica e a ginecologia e obstetrícia, além é claro do profissional do PSF, que deve estar suprindo as consultas demandadas nessas áreas.

A tabela 11 demonstra a evolução do número absoluto de médicos no período estudado dividindo-o em triênios.

Tabela 11 - Evolução do número total de médicos nas especialidades básicas e a proporção dos mesmos para um grupo de 10.000 habitantes, do município de Rolândia nos anos de 1996 a 2004, em triênios.

MÉDICOS NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS					
Triênio	Número total de médicos	Proporção por 10.000 habitantes	Comparações	Z	Prob (Z)
96/98	43	3,12	T1 vs T2*	0,242	0,809
99/01	43	2,89	T2 vs T3**	2,009	0,045
02/04	68	4,35	T1 vs T3***	1,615	0,106

Fonte: ROLÂNDIA, 2006b.

* Refere-se à proporção de médicos quando comparado o período de 1999/2001 com o de 1996/1998.

** Evolução constatada na comparação entre o período de 2002/2004 com o de 1999/2001.

*** Comparação realizada entre os períodos de 2002/2004 e 1996/1998.

Nota-se que entre os dois primeiros períodos estudados houve a manutenção do número total de médicos, com um decréscimo de pouco mais de 7% na proporção de médicos para um grupo de 10.000 habitantes, por conta do aumento populacional.

Por outro lado, o último período apresenta aumento do número absoluto de médicos, com respectivo aumento na proporção para um grupo de 10.000 habitantes, apesar do aumento populacional verificado no período.

A tabela 12 apresenta a evolução do número de médicos nas especialidades básicas, ano a ano, e nos dá subsídios maiores para entendermos a figura 9, que é a representação gráfica da evolução deste indicador.

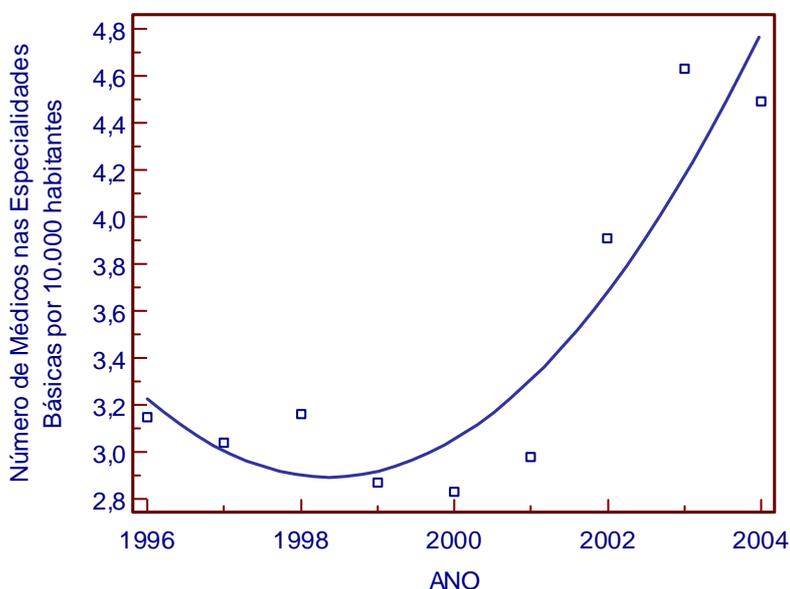
Tabela 12. Número de médicos nas especialidades básicas, evolução ano a ano, de 1996 a 2004.

ANO	Médicos nas Especialidades Básicas.	Proporção por 10.000 habitantes
1996	14	3,15
1997	14	3,04
1998	15	3,16
1999	14	2,87
2000	14	2,83
2001	15	2,98
2002	20	3,91
2003	24	4,63
2004	24	4,49

Fonte: ROLÂNDIA, 2006b.

A evolução do indicador ano a ano demonstra a manutenção do número absoluto de médicos num mesmo patamar, entre os anos de 1996 e 2001, sendo que a partir do ano de 2002 há aumento significativo no número de profissionais, estabilizando-se em 2004.

A figura 9 consegue demonstrar graficamente a evolução experimentada por este indicador.



Coeficiente de determinação = 0,8536.
 $Y = 237719,4966 - 237,9121 X \text{ ANO} + 0,0595 X \text{ ANO}^2$
 $F = 17,4973 \rightarrow P = 0,003$

Figura 9. Gráfico da evolução do número de médicos nas especialidades básicas de 1996 a 2004.

A análise de regressão foi significativa apresentando $p < 0,05$.
Demonstra, assim, a evolução do indicador com o aumento da oferta de

profissionais médicos, das especialidades básicas, ao longo do período estudado.

Da mesma forma, apresenta uma recuperação neste indicador no ano de 2001, fazendo uma curva mais acentuada a partir de 2002, quando se inicia a implantação de mais equipes de Saúde da Família.

4.2.3 Proporção de Enfermeiros para cada 10.000 habitantes.

A Tabela 13 oferece uma visão da evolução do número de enfermeiros no município de Rolândia.

Tabela 13 - Evolução do número de enfermeiros no município de Rolândia nos anos de 1996 a 2004, em períodos trienais.

NÚMERO DE ENFERMEIROS					
Triênio	Número de Enfermeiros	Proporção por 10.000 habitantes	Comparações	Z	Prob (Z)
96/98	20	1,45	T1 vs T2*	0,750	0,453
99/01	28	1,88	T2 vs T3**	2,248	0,025
02/04	51	3,26	T1 vs T3***	3,033	0,002

Fonte: ROLÂNDIA, 2006b.

*Refere-se à proporção de enfermeiros quando comparado o período de 1999/2001 com o de 1996/1998.

** Evolução constatada na comparação entre o período de 2002/2004 com o de 1999/2001.

***Comparação realizada entre os períodos de 2002/2004 e 1996/1998.

O período compreendido entre os anos de 1999 e 2001 (T2) apresenta um aumento de 40% no número de enfermeiros em relação ao primeiro período (T1).

Da mesma forma, os anos entre 2002 e 2004 (T3) apresentaram avanços na ordem de 82,14 %, em relação ao período imediatamente anterior, chegando a 155 % em relação aos anos entre 1996 e 1998.

As comparações obtêm significância estatística ($p < 0,05$) em T3 versus T2 e T3 versus T1.

A tabela 14 demonstra a evolução desta categoria profissional ano a ano, o que fornece uma visão mais detalhada do período de 1996 a 2004 no município de Rolândia, neste setor.

Tabela 14. Proporção de enfermeiros para cada 10.000 habitantes, entre os anos de 1996 e 2004.

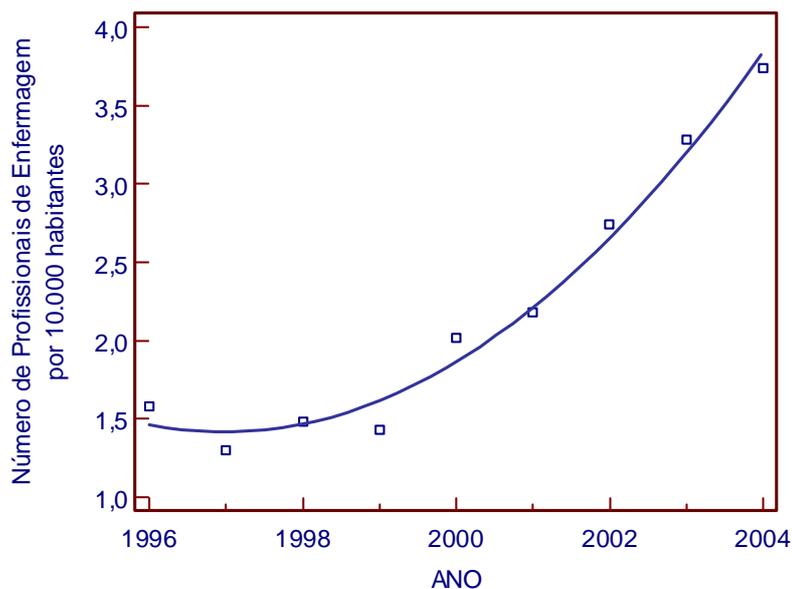
Ano	População	Total	Proporção/10.000 Habitantes
1996	44379	7	1,58
1997	46018	6	1,30
1998	47399	7	1,48
1999	48782	7	1,43
2000	49410	10	2,02
2001	50402	11	2,18
2002	51079	14	2,74
2003	51852	17	3,28
2004	53479	20	3,74

Fonte: ROLÂNDIA, 2006b.

A tabela 14 demonstra que o número de enfermeiros é praticamente constante entre os anos de 1996 e 1999. Posteriormente há um incremento na quantidade de profissionais, atingindo o ápice no ano de 2004.

É digno de nota que o aumento do número absoluto de profissionais é de cerca de 186 %, e a proporção por grupo de 10.000 habitantes aumenta em cerca de 137%, quando se comparam os anos de 1996 e 2004.

A figura 10 é a demonstração gráfica da evolução do número de enfermeiros à disposição da população no período estudado e vem corroborar as tabelas 13 e 14.



Coefficiente de determinação = 0,9820.

$Y = 196343,6379 - 196,6393 \times \text{ANO} + 0,0492 \times \text{ANO}^2$

$F = 163,9177 \rightarrow P < 0,001$

Figura 10. Gráfico da evolução do número de enfermeiros no município de Rolândia, de 1996 a 2004.

A análise realizada demonstra que a evolução da oferta de enfermeiros, no período estudado, foi altamente significativa ($p < 0,001$). Verifica-se que o número de profissionais dos anos de 1996 a 1999 estão dispostos num mesmo patamar, porém, já no ano de 2000 é iniciada uma curva de ascensão que chega ao ano de 2004, com o maior número de enfermeiros do período estudado.

4.2.4 Porcentagem da População Atendida pelo Programa de Saúde da Família.

A tabela abaixo pretende demonstrar a evolução da porcentagem da população atendida pelo Programa de Saúde da Família, ao longo do período compreendido entre os anos de 1996 e 2004.

Tabela 15 - População Atendida pelo Programa de Saúde da Família.

POPULAÇÃO ATENDIDA pelo PSF					
Triênio	População	Cobertura	Comparações	Z	Prob (Z)
96/98	137.796	3,13%	T1 vs T2*	124,193	< 0,001
99/01	148.594	18,67%	T2 vs T3**	200,130	< 0,001
02/04	156.410	66,25%	T1 vs T3***	282,054	< 0,001

Fonte: ROLÂNDIA, 2006a.

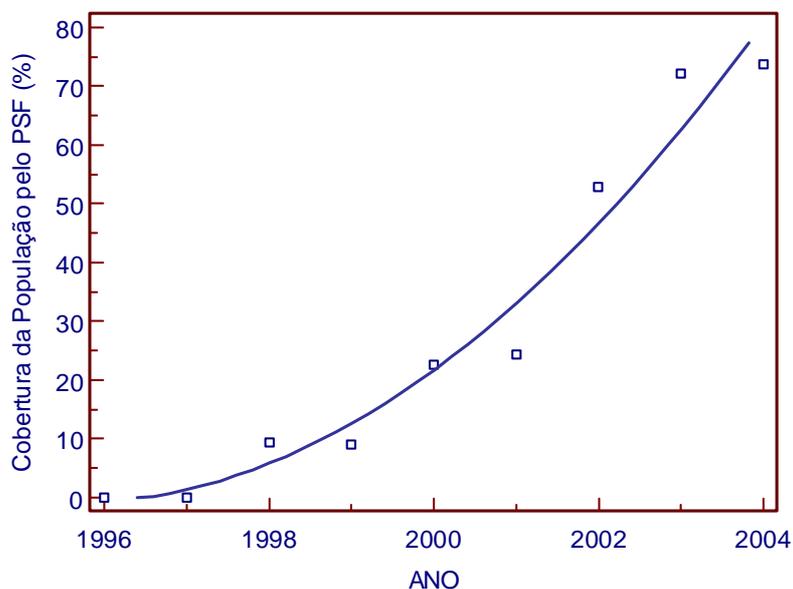
* Refere-se à evolução da cobertura populacional pelo PSF quando comparado o período de 1999/2001 com o de 1996/1998.

** Evolução constatada na comparação entre o período de 2002/2004 com o de 1999/2001.

*** Comparação realizada entre os períodos de 2002/2004 e 1996/1998.

Como se previa, as comparações entre todos os períodos estudados são altamente significativas estatisticamente, mesmo porque o Programa de Saúde da Família foi adotado como estratégia para a reorganização da atenção básica no município a partir de 2002.

A figura 11 que representa graficamente a evolução deste indicador ano a ano reforça a significância constatada nas comparações anteriores.



Coeficiente de determinação = 0,9594
 $Y = 4537556,4343 - 4547,7617 \cdot \text{ANO} + 1,1395 \cdot \text{ANO}^2$
 $F = 70,8045 \rightarrow P < 0,001$

Figura 11. Gráfico da evolução da cobertura populacional pelo Programa de Saúde da Família, de 1996 a 2004.

4.3. INDICADORES DE RESULTADOS

Os indicadores de Resultados serão descritos considerando: (i) n.º total de consultas médicas e respectivas médias anuais, nas especialidades básicas, por habitante; (ii) internamentos por acidente vascular cerebral; (iii) internamentos por diabetes mellitus; (iv) internamentos totais pelo SUS; (v) mortalidade geral e (vi) mortalidade infantil.

4.3.1 Número Total de Consultas Médicas e respectivas médias anuais, nas Especialidades Básicas, por habitante.

A tabela 16 pretende demonstrar como ocorreu a oferta de consultas médicas à população no período estudado, partindo-se do pressuposto de que o município deve disponibilizar ,em média, ao menos duas consultas por habitante por ano.

Tabela 16 - Evolução do número total de consultas médicas e respectivas médias anuais, nas especialidades básicas, por habitante, no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004, em triênios.

Triênio	População	Total	Consultas por habitante	Comparações	z	prob(z)
1996/1998	137.796	234.741	1,70	Per1 vs Per2	0,011	0,991
1999/2001	148.594	262.034	1,76	Per1 vs Per3	0,071	0,943
2002/2004	156.410	324.075	2,07	Per2 vs Per3	0,060	0,952

Fonte: Rolândia, 2006b.

* Refere-se à proporção de consultas quando comparado o período de 1999/2001 com o de 1996/1998.

** Evolução constatada na comparação entre o período de 2002/2004 com o de 1999/2001.

***Comparação realizada entre os períodos de 2002/2004 e 1996/1998.

A Tabela 16 demonstra uma evolução favorável mesmo que estatisticamente não relevante, uma vez que no último período houve aumento de 21,76% na oferta de consultas médicas em relação aos anos de 1996 a 1998, e de 16,48% em relação ao período compreendido entre os anos de 1999 a 2001.

A tabela 17 apresenta o número total de consultas médicas produzidas e as respectivas médias da oferta por habitante ano a ano, no período estudado.

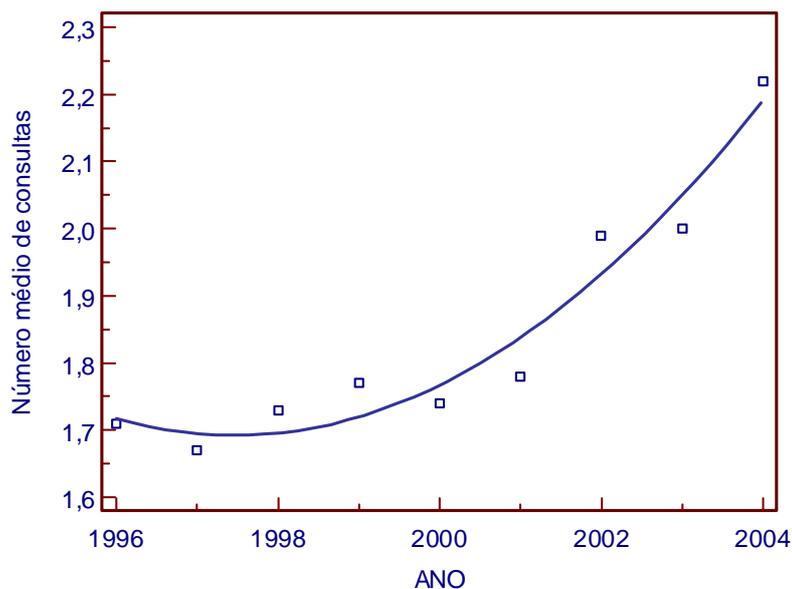
Tabela 17 - Evolução do número total de consultas médicas e respectivas médias anuais, nas especialidades básicas, por habitante, no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

Ano	População	Média de Consultas	Total de Consultas
1996	44379	1,71	75.888
1997	46018	1,67	76.850
1998	47399	1,73	82.003
1999	48782	1,77	86.344
2000	49410	1,74	85.974
2001	50402	1,78	89.716
2002	51079	1,99	101.647
2003	51852	2,00	103.704
2004	53479	2,22	118.724

Fonte: ROLÂNDIA, 2006b.

Até o ano de 2001 a média de consultas ofertadas, tendo como base a população do município mantém-se praticamente a mesma, porém a partir de 2002 há um aumento substancial.

A figura 12 é a representação gráfica da evolução da média de consultas ofertadas, com base populacional.



Coeficiente de determinação = 0,9436.
 $Y = 46725,3936 - 46,7830 \times \text{ANO} + 0,0117 \times \text{ANO}^2$
 $F = 50,1672 \rightarrow P < 0,001$

FIGURA 12- Gráfico da evolução do número total de consultas médicas e respectivas médias anuais, nas especialidades básicas, por habitante, no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

A análise aponta grande significância ($p < 0,001$) na evolução da oferta de consultas médicas à população, contrapondo - se a análise por triênios.

A partir do ano de 2002 o patamar, de duas consultas por habitante por ano, é praticamente alcançado, sendo ultrapassado nos anos subsequentes.

4.3.2 Internamentos por Acidente Vascular Cerebral.

A Tabela 18 apresenta a evolução dos internamentos realizados no SUS, no período de 1996 a 2004, de pacientes residentes em Rolândia e cuja causa básica para internamento, informada no SIH- Sistema de Informações Hospitalares, foi o Acidente Vascular Cerebral –AVC.

Tabela 18 - Internamentos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), de residentes em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004, por triênios.

INTERNAMENTOS POR AVC						
Triênio	População	Total	Proporção/10.000 hab	Comparações	z	prob(z)
1996/1998	137.796	274	19,88	T1 vs T2*	2,000	0,046
1999/2001	148.594	247	16,62	T2 vs T3**	5,000	<0,001
2002/2004	156.410	156	9,97	T1 vs T3***	6,968	<0,001

Fonte: BRASIL,2006.

* Refere-se à evolução dos internamentos quando comparado o período de 1999/2001 com o de 1996/1998.

** Evolução constatada na comparação entre o período de 2002/2004 com o de 1999/2001.

***Comparação realizada entre os períodos de 2002/2004 e 1996/1998.

Nas comparações entre o último período e os outros anteriores, probabilidade de z é menor do que 0, 001, revelando a alta significância dos valores alcançados. Mesmo na comparação entre os resultados do período compreendido entre os anos de 1999 e 2001 e aqueles alcançados no período de 1996 a 1998, há significância estatística ($p < 0,05$).

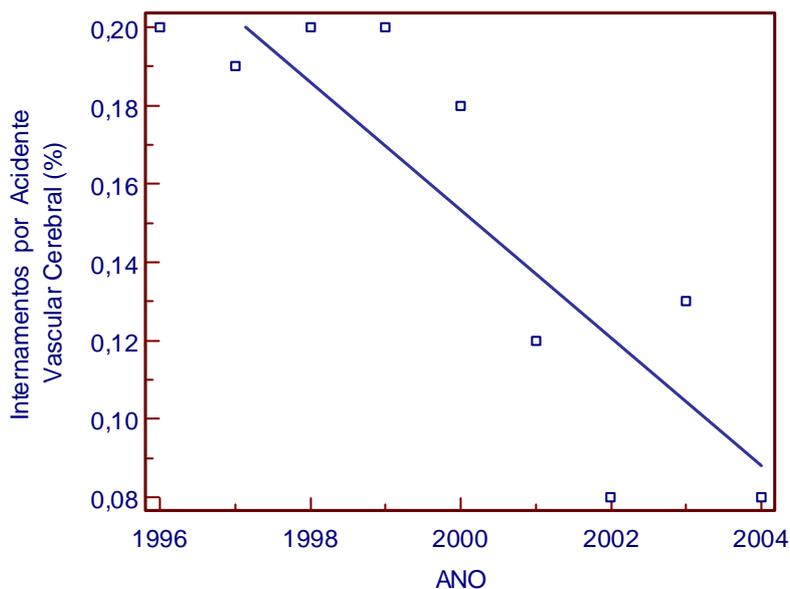
A tabela 19 apresenta o mesmo indicador de causa básica para internamentos de residentes em Rolândia, mas não mais em períodos trienais, e sim ano a ano.

TABELA 19. Internamentos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), de residentes em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

Ano	População	Internamentos	Taxa %
1996	44.379	90	0,20
1997	46.018	88	0,19
1998	47.399	96	0,20
1999	48.782	97	0,20
2000	49.410	91	0,18
2001	50.402	59	0,12
2002	51.079	41	0,08
2003	51.852	68	0,13
2004	53.479	47	0,08

Fonte:BRASIL, 2006.

Os dados da tabela 19 são mais bem interpretados a partir da visualização da figura 13, porém já demonstram uma alteração dos padrões apresentados, quando se comparam os resultados apurados entre os anos de 1996 e 2000, com aqueles aferidos entre os anos de 2001 e 2004.



Coeficiente de determinação= 0,7622.

$Y = 32,8200 - 0,0163 X \text{ Ano.}$

$F = 22,4393 \rightarrow P = 0,002$

FIGURA 13 Gráfico da evolução dos Internamentos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), de residentes em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

A tendência para a diminuição dos internamentos, cuja causa básica informada ao SIH, no período apurado, é patente. Porém é necessário que se atente para o fato de que os valores estão dispostos em dois grupos bem distintos, o primeiro com taxas mais altas até o ano de 2000, e o segundo com taxas atingindo apenas um dígito.

4.3.3 Internamentos por Diabetes Mellitus

A tabela que se apresenta em seguida at m-se às internac es pelo SUS, de cidadãos de Rolândia, no período de 1996 a 2004, nas quais a causa básica informada ao SIH foi o diabetes mellitus.

Tabela 20 - Propor o de internamentos por diabetes mellitus de residentes em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

INTERNAMENTOS POR DIABETES MELLITUS						
Tri�nio	Popula�o	Total	Propor�o/10.000 hab	Compara�es	Z	prob(z)
1996/1998	137.796	93	6,75	T1 vs T2	1,669	0,095
1999/2001	148.594	127	8,55	T2 vs T3	0,157	0,875
2002/2004	156.410	109	6,97	T1 vs T3	1,503	0,133

Fonte: BRASIL, 2006.

* Refere-se   evolu o dos internamentos quando comparado o período de 1999/2001 com o de 1996/1998.

** Evolu o constatada na compara o entre o período de 2002/2004 com o de 1999/2001.

*** Compara o realizada entre os períodos de 2002/2004 e 1996/1998.

Este indicador mostrou-se errático, sem demonstrar tendência alguma, uma vez que o período entre 1999 e 2001 apresentou crescimento em rela o ao período anterior, e o último período praticamente retorna ao patamar dos anos de 1996 a 1998, não havendo grande significância entre os resultados obtidos.

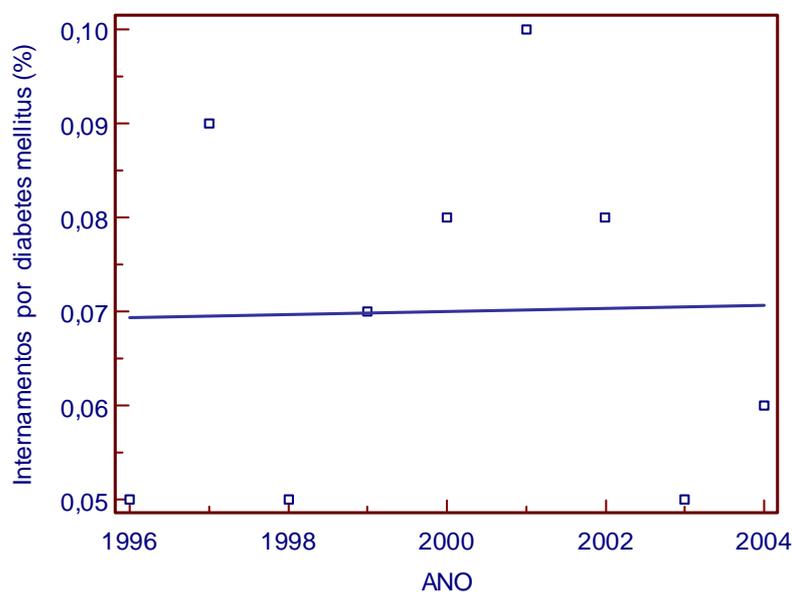
O aumento da proporção de internados no SUS foi da ordem de 21,05%, quando se compara o período dos anos de 1996 a 1998 ao período imediatamente posterior; em contrapartida, há um decréscimo de 18,48% quando se comparam os resultados do período de 1999 a 2001, com os resultados dos anos de 2002 a 2004.

A resultante da comparação dos resultados obtidos entre os anos de 2002 e 2004 e os resultados do período entre 1996 e 1998 é de um acréscimo de 1,49% na proporção de residentes de Rolândia internados no SUS, cuja causa básica foi determinada como diabetes mellitus.

Tabela 21- Proporção de internamentos por diabetes mellitus de residentes em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

Ano	População	Internamentos	Taxa %
1996	44.379	23	0,05
1997	46.018	43	0,09
1998	47.399	27	0,05
1999	48.782	35	0,07
2000	49.410	40	0,08
2001	50.402	52	0,10
2002	51.079	45	0,08
2003	51.852	30	0,05
2004	53.479	34	0,06

Fonte: BRASIL, 2006.



Coeficiente de determinação = 0,0006
 $Y = -0,2633 + 0,0002 \times \text{ANO}$
 $F = 0,0042 \rightarrow P = 0,950$

Figura 14. Gráfico da Proporção de internamentos por diabetes mellitus de residentes em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

Tanto a tabela 21 quanto a figura 14, corroboram os comentários relacionados à tabela 20, pois o indicador não apresenta tendência de queda ou de aumento. Quando se analisam os resultados deste indicador, ano a ano, a erraticidade comentada anteriormente, torna-se mais visível.

4.3.4 Internamentos pelo SUS por local de residência, em números absolutos e proporção da população internada pelo SUS.

A tabela 22 apresenta os dados relativos aos internamentos feitos pelo SUS, dos residentes em Rolândia, no período estudado dividindo-o em triênios. A proporção da população internada, também pode refletir a qualidade e resolutividade da atenção básica e do sistema de saúde como um todo.

Tabela 22– Porcentagem da população residente em Rolândia, internada pelo SUS, em triênios de 1996 a 2004.

INTERNAMENTOS PELO SUS						
Triênio	População	Total	Porcentagem de internamentos	Comparações	Z	prob(z)
1996/1998	137.796	11.368	8,25	T1 vs T2*	0,048	0,961
1999/2001	148.594	13.157	8,85	T2 vs T3**	0,156	0,876
2002/2004	156.410	11.239	7,18	T1 vs T3***	0,097	0,923

Fonte: BRASIL, 2006.

* Refere-se à evolução dos internamentos quando comparado o período de 1999/2001 com o de 1996/1998.

** Evolução constatada na comparação entre o período de 2002/2004 com o de 1999/2001.

***Comparação realizada entre os períodos de 2002/2004 e 1996/1998.

Estatisticamente não houve relevância nos resultados obtidos, apesar de o período entre os anos de 2002 e 2004 apresentar redução de 18,87% em relação ao período imediatamente anterior, e uma redução de 12,97% em relação aos anos de 1996 a 1998.

Porém quando se analisa este indicador ano a ano a percepção da evolução tende a ser melhor. Para tanto, a tabela 23 dispõe desses resultados, e pode oferecer uma melhor visualização da tendência de internamentos SUS da população de Rolândia, no período estudado.

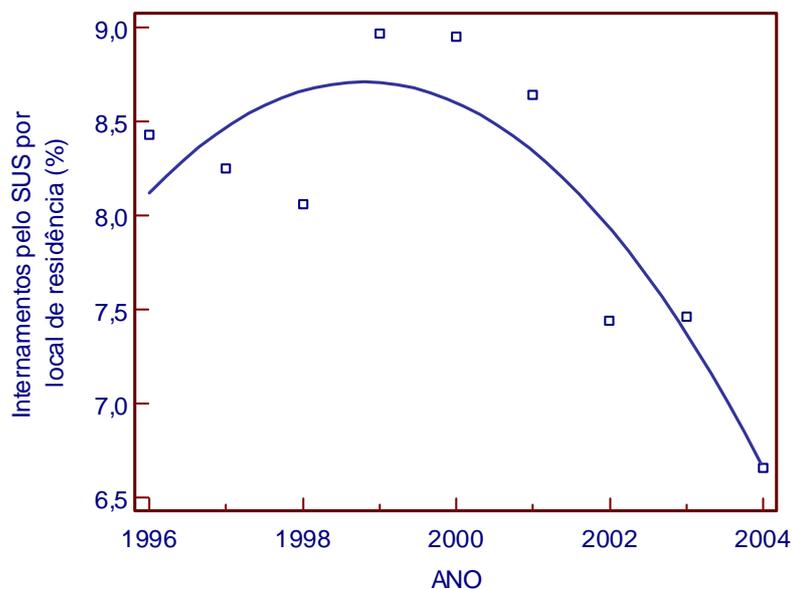
Tabela 23. Porcentagem da população residente em Rolândia, internada pelo SUS, nos anos de 1996 a 2004.

Ano	População	Internamentos SUS	Proporção da População Internada pelo SUS
1996	44379	3743	8,43%
1997	46018	3800	8,25%
1998	47399	3825	8,06%
1999	48782	4376	8,97%
2000	49410	4426	8,95%
2001	50402	4355	8,64%
2002	51079	3804	7,44%
2003	51852	3873	7,46%
2004	53479	3562	6,66%

Fonte: BRASIL,2006.

A tabela 23 oferece a possibilidade de comparação entre os diversos anos pesquisados, proporcionando uma melhor visualização da tendência apresentada por este indicador.

A comparação feita entre os anos de 1996 e 2004, mostram uma queda de 21% na proporção da população residente internada pelo SUS e a figura 15 oferece a representação gráfica desta tendência.



Coeficiente de determinação = 0,7850
 $Y = -302150,8213 + 302,3431 \cdot \text{ANO} - 0,0756 \cdot \text{ANO}^2$
 $F = 10,9542 \rightarrow P = 0,010$

Figura 15. Gráfico da tendência de internamentos pelo SUS, da população residente em Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

A tendência, apurada e visualizada, dá conta de que a diminuição da porcentagem da população internada é significativa, pois $p < 0,05$. Da mesma forma, aponta redução drástica deste indicador a partir do ano de 2002.

4.3.5 Mortalidade Geral

A tabela 24 mostra os coeficientes de mortalidade geral apurados no período estudado no município de Rolândia, segundo os dados fornecidos pelo DATASUS e pelo SIM – Sistema de Informação de Mortalidade, e divididos em triênios.

Tabela 24 - Mortalidade Geral no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004, por triênios.

MORTALIDADE GERAL						
Triênio	População	Total	Proporção/1.000 hab	Comparações	Z	prob(z)
1996/1998	137.796	877	6,36	T1 vs T2*	0,833	0,405
1999/2001	148.594	908	6,11	T2 vs T3**	2,678	0,007
2002/2004	156.410	840	5,37	T1 vs T3***	3,498	<0,001

Fonte: BRASIL, 2006.

* Refere-se à evolução dos gastos municipais quando comparado o período de 1999/2001 com o de 1996/1998.

** Evolução constatada na comparação entre o período de 2002/2004 com o de 1999/2001.

*** Comparação realizada entre os períodos de 2002/2004 e 1996/1998.

A mortalidade geral apresentou significativa redução no último período, sendo estatisticamente de grande relevância quando se compara este com o período de 1996 a 1998 ($p < 0,001$), porém, mesmo na comparação entre os resultados obtidos nos anos entre 2002 e 2004 com os apurados nos anos entre 1999 e 2001, a relevância estatística é encontrada ($p < 0,05$).

A tabela 25 apresenta os coeficientes de mortalidade geral, apurados no período de 1996 a 2004, com resultados ano a ano. A mesma pode oferecer uma visualização mais clara da evolução deste indicador e também apontar a existência de alguma tendência para este coeficiente.

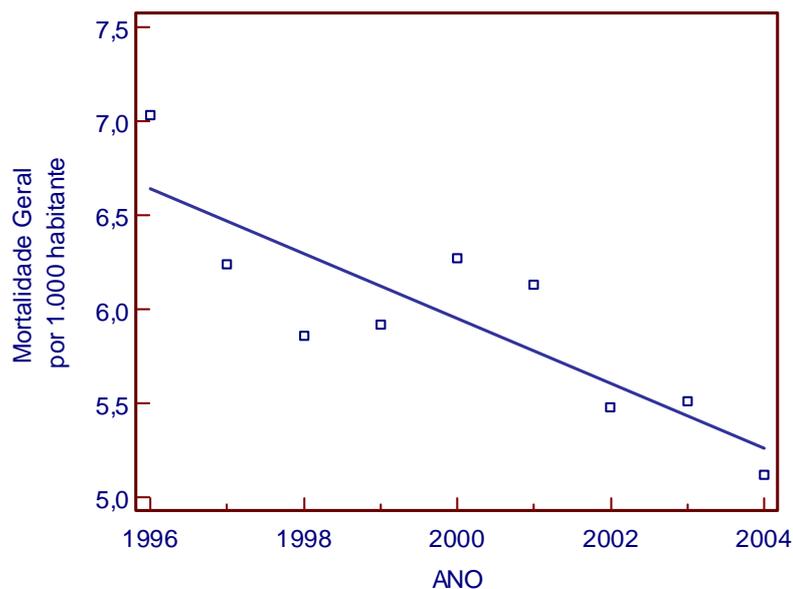
Tabela 25. Mortalidade Geral, no período de 1996 a 2004.

Ano	População	Total	Proporção/1.000
1996	44379	312	7,03
1997	46018	287	6,24
1998	47399	278	5,86
1999	48782	289	5,92
2000	49410	310	6,27
2001	50402	309	6,13
2002	51079	280	5,48
2003	51852	286	5,51
2004	53479	274	5,12

Fonte: BRASIL, 2006.

A comparação feita entre os anos extremos aponta uma queda de mais de 27% deste indicador. Além disso, demonstra que os últimos três anos vêm apresentando coeficientes na casa de 5 óbitos por 1.000 habitantes.

A figura 16 demonstra graficamente a evolução deste coeficiente.



Coeficiente de determinação = 0,7190
 $Y = 351,9511 - 0,1730 \times \text{ANO}$
 $F = 17,9075 \rightarrow P = 0,004$

Figura 16. Gráfico da evolução da mortalidade Geral, no período de 1996 a 2004.

A figura 16 demonstra graficamente a estabilização da mortalidade geral na casa dos 5 óbitos para cada 1.000 habitantes, nos últimos três anos apurados. Além disso, a análise estatística comprova uma tendência na diminuição da mortalidade geral no período estudado.

4.3.6 Mortalidade Infantil

A evolução da mortalidade infantil demonstra uma melhoria neste indicador, mesmo que, estatisticamente, não tenha sido significativa, como apresentada na tabela 26.

Tabela 26. Coeficiente de Mortalidade Infantil no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004, por triênios.

COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL POR TRIÊNIOS						
Triênio	Nascidos vivos	Óbitos	Coeficiente	Comparações	Z	Prob (Z)
1996/1998	2.561	54	21,08	T1 vs T2*	1,403	0,161
1999/2001	2.535	39	15,38	T2 vs T3**	0,042	0,966
2002/2004	2.228	33	14,81	T1vsT3***	1,499	0,134

Fonte: BRASIL, 2006.

* Refere-se à evolução dos gastos municipais quando comparado o período de 1999/2001 com o de 1996/1998.

** Evolução constatada na comparação entre o período de 2002/2004 com o de 1999/2001.

*** Comparação realizada entre os períodos de 2002/2004 e 1996/1998.

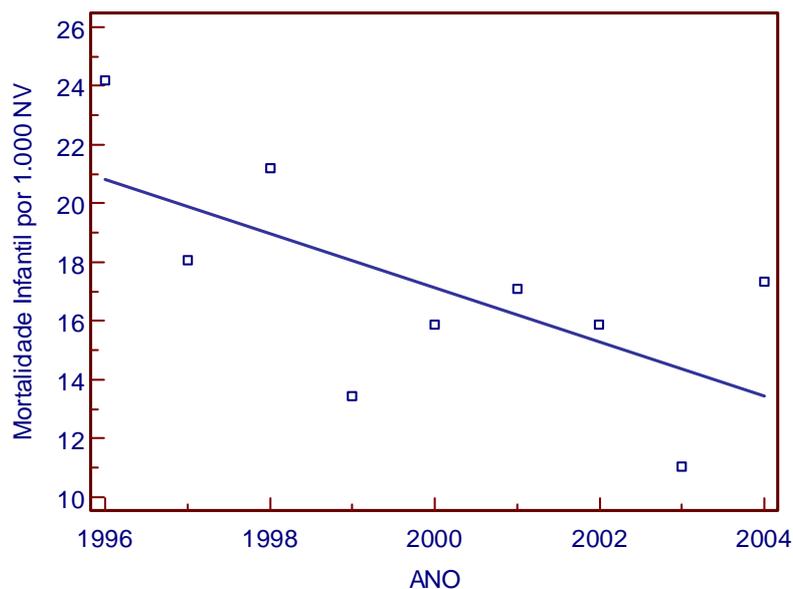
A tabela 27 apresenta os coeficientes de mortalidade infantil em Rolândia, ano a ano, na tentativa de apurar eventos que possam ter sido coadjuvantes na evolução deste indicador.

Tabela 27. Coeficiente de Mortalidade Infantil no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

Ano	Óbitos infantis	Nascidos vivos	Coeficiente por 1.000
1996	20	827	24,18
1997	16	885	18,08
1998	18	849	21,20
1999	12	892	13,45
2000	14	882	15,87
2001	13	761	17,08
2002	12	755	15,89
2003	8	724	11,05
2004	13	749	17,35

Fonte: BRASIL, 2006.

A figura 17 representa graficamente a evolução da mortalidade infantil em Rolândia, no período de 1996 a 2004, e demonstra a existência de tendência para este indicador.

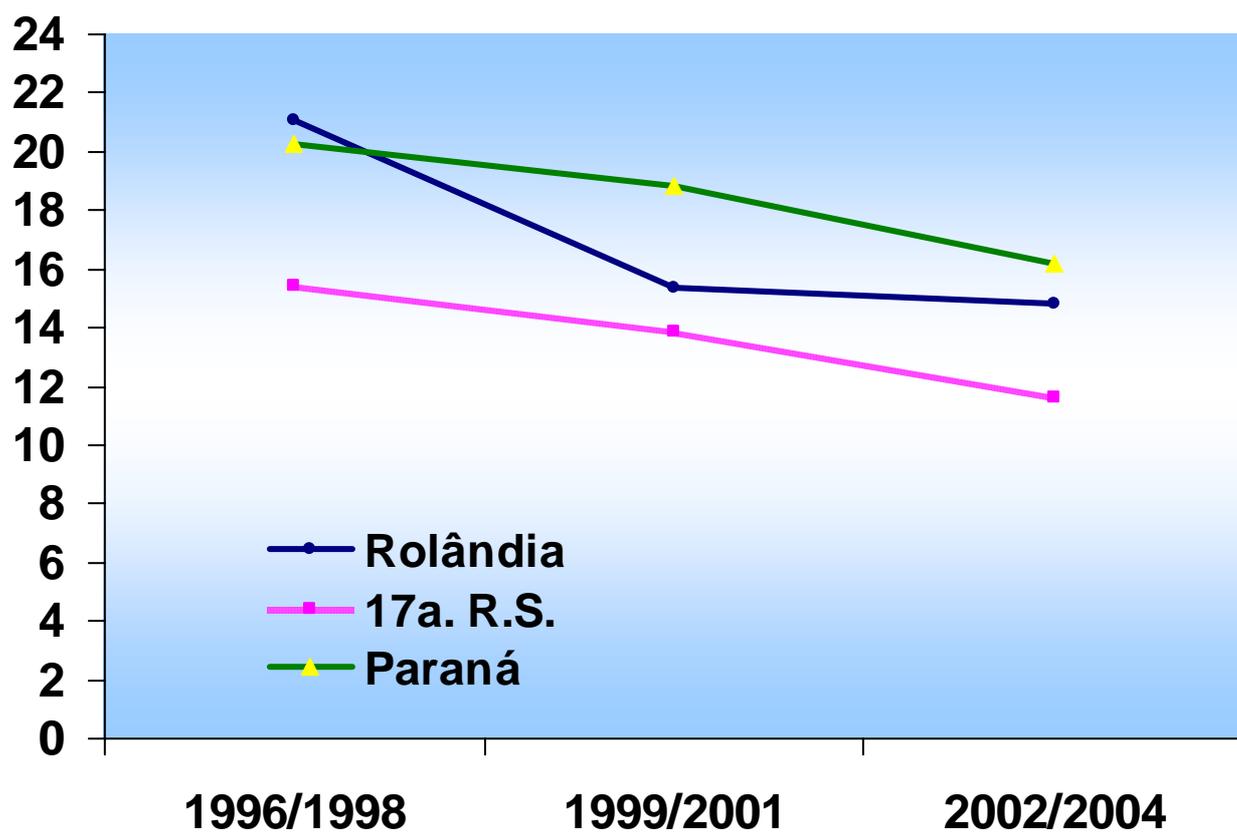


Coeficiente de determinação = 0,4233
 $Y = 1863,7944 - 0,9233 X \text{ ANO}$
 $F = 5,1371 \rightarrow P = 0,058$

Figura 17. Coeficiente de Mortalidade Infantil no município de Rolândia, nos anos de 1996 a 2004.

A mortalidade infantil em Rolândia, no período entre os anos de 1996 e 1998, era maior do que a média do estado do Paraná e muito superior à média da região.

No período seguinte, conseguiu resultados melhores que a média estadual, e nestes últimos anos vêm conseguindo aproximar-se do coeficiente de mortalidade infantil da 17ª. Regional de saúde, como se verifica na figura 18.



Fonte: BRASIL,2006 / PARANÁ,2006.

Figura 18 - Mortalidade Infantil no município de Rolândia em relação aos municípios da 17ª Regional de Saúde e a do estado do Paraná, nos anos de 1996 a 2004.

5 DISCUSSÃO

De acordo com a constituição de 1988, a saúde é dever do estado em suas três instâncias governamentais, e para que o cidadão tenha seu direito resguardado, é necessário maior aporte de recursos financeiros para a manutenção de programas já estabelecidos, bem como para a instituição de outros, visando ao bem - estar do cidadão.

Nas últimas décadas, observa-se um grande avanço tecnológico na área da saúde, tanto na prevenção como no tratamento de doenças. Novos métodos de diagnóstico, tanto quanto novos medicamentos encontram-se à disposição dos profissionais e, aliada a isso tudo, uma grande ofensiva mercadológica de laboratórios e indústrias de equipamentos induz ao avanço dos gastos em saúde.

Com a municipalização dos serviços de saúde, somada às publicações de normas operacionais pelo Ministério da Saúde, que reforçaram as transferências fundo a fundo, a participação do setor saúde no orçamento geral do município também cresceu.

Pode-se notar que os períodos entre os anos de 1999 a 2001 e de 2002 a 2004 apresentaram crescimento em relação ao período de 1996 a 1998 e a explicação é dada pela mudança na forma de repasse de recursos aos municípios.

Ao longo do processo de municipalização, houve avanços na forma de financiamento do setor saúde, notadamente após a NOB/96, que entrou em vigor em 1998, pois, muito do que era pago por produção de

serviços começou a ser realizado em transferências fundo a fundo através do P.A.B. (Piso da Atenção Básica).

Após a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), em janeiro de 2001, o PAB tornou-se Piso da Atenção Básica - Ampliado (PAB-A), e incluiu no rol de ações de nível primário o combate à tuberculose, eliminação da hanseníase, controle do diabetes, e da hipertensão, além da saúde da mulher, saúde bucal e da criança. (BRASIL, 2001).

O P.A.B. é composto de uma parte fixa e de uma parte variável. A parte fixa é repassada mensalmente ao Fundo Municipal de Saúde, cujo valor atual é de R\$ 56.000,00, ou seja, pouco mais de R\$ 1,00 por habitante.

O PAB variável foi instituído como forma de incentivo financeiro condicionado à adesão ao PACS e/ou ao PSF, aquisição de medicamentos básicos, vigilância sanitária e combate às carências nutricionais (BRASIL, 2001).

Os incentivos para implantação e recursos para o custeio mensal tornaram-se indutores dos conceitos da atenção primária, mas também de novos gastos, principalmente por parte do município, o que pode ser constatado nas tabelas 1 a 7.

O PSF, considerado inicialmente um programa, “ é alçado à condição de estratégia para a reorientação da assistência, que passaria a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção primária ou atenção básica.”(CONILL,2002)

A municipalização teve um impacto financeiro, pois os novos serviços e a nova lógica da atenção demandavam recursos humanos que foram contratados às expensas do tesouro municipal, diferentemente das décadas de 1980 em que muitos dos servidores da saúde eram vinculados aos governos estadual e federal.

O período compreendido entre os anos de 2002 e 2004 mostra o impacto dessa implantação de maneira mais clara, pois, também é a fase em que o município começa a entender o PSF, não apenas como programa, mas como estratégia para a reorganização da atenção básica, chegando a uma cobertura superior a 70% da população, a partir de 2003.

Para cada equipe de saúde da família, há o aporte de recursos para implantação, que devem ser utilizados para compra de instrumentais, equipamentos, veículos, uniformes, readequação das unidades de saúde entre outras ações.

A contrapartida municipal é a contratação de agentes comunitários, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que são subsidiados em parte pelo Ministério da Saúde, com repasses mensais.

O grande problema é que os recursos repassados não são suficientes para pagar o salário do médico para um período de 08 horas diárias, ou 40 horas semanais, tampouco para que se paguem os encargos trabalhistas deste profissional, como férias, 13º salário, INSS e FGTS.

O impacto da Estratégia de Saúde da Família no município, como forma de reorganização da atenção básica é facilmente notado nas

tabelas 9 e 10, pois o período de 2002 a 2004 apresenta um aumento de 39,39% no número total de médicos, em relação ao período compreendido entre os anos de 1999 e 2001.

O aumento do número de profissionais de saúde, sejam médicos ou enfermeiros, é patente, e pode ser constatado nas tabelas de números 9, 10, 11,12 e 13, avaliando a hipótese de que houve avanço significativo na estrutura do serviço municipal de saúde.

Os profissionais de enfermagem já vinham tendo seu papel reforçado, ainda no início da década de 1990, dentro dos sistemas de saúde desde o advento do projeto da OMS, OPAS e Ministério da Saúde, para a Capacitação em Gerência de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário, mais conhecido como GERUS.

Com o PSF, o enfermeiro passou a desempenhar o papel central e a ser o grande articulador da maioria das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, sendo também o coordenador das atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários.

Não obstante as amarras existentes e a premência do aprimoramento da Estratégia, é de suma importância a observação de uma possível mudança no *modus operandi* das equipes de saúde do município, pois o aumento de profissionais não redundou em incremento substancial do número de consultas ofertadas à população.

O que, num primeiro momento, poderia ser avaliado como uma falha na atenção, deve ser analisado levando-se em conta o aumento de

procedimentos realizados pelos médicos nas UBS e a introdução, na rotina médica, das visitas domiciliares.

Tais ações possibilitaram a atenção aos acamados e a resolução de problemas nas UBS, e não mais nos hospitais, porém demandaram tempo e dedicação dos profissionais médicos, longe da lógica do INAMPS, que previa única e exclusivamente a realização de consultas.

Os resultados tornam-se mais satisfatórios na medida em que a proporção da população assistida pelo PSF aumenta, relacionando-se com a melhoria da estrutura do sistema de saúde municipal, além das mudanças da organização e do foco de atenção promovidas pela nova filosofia de trabalho implantada.

A meta de duas a três consultas médicas por habitante por ano, preconizada pela portaria do Gabinete do Ministro de nº. 1101/2002, foi alcançada e, para efeito deste cálculo, não se levaram em conta as consultas realizadas fora das UBS.

É conveniente lembrar que o município tem convênio com o hospital filantrópico e financia plantões médicos que geram consultas de atenção básica, notadamente aos finais de semana e feriados. Além disso, é integrante do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema – CISMENPAR, que disponibiliza consultas médicas especializadas e da atenção básica.

É possível notar na evolução dos internamentos uma diminuição, principalmente quando, no período entre os anos de 2002 e 2004,

há uma maior oferta de consultas através do aumento de recursos humanos disponíveis nas UBS.

No caso dos internamentos por AVC, constata-se uma grande diminuição, diferentemente dos internamentos, tendo como causa básica a diabetes, porém, no cômputo geral, quando há maior cobertura do PSF, há menor número de internações.

Outras estratégias são necessárias para alcançar a diminuição dos internamentos causados por diabetes, como, por exemplo, a indução a hábitos alimentares saudáveis e a conscientização do paciente de sua parcela de responsabilidade no tratamento, até mesmo na utilização correta dos medicamentos dispensados pelas UBS.

A melhoria dos protocolos de assistência aos grupos de pacientes hipertensos e diabéticos, e sua correta implementação também deve ser almejada.

Quando se analisam os resultados de mortalidade, constatam-se grandes avanços, pois, a mortalidade geral vem apresentando quedas significativas. Com os dados disponíveis e o respaldo da literatura consultada, não se concebe o crédito da queda da mortalidade geral, apenas e tão somente à queda da mortalidade infantil. Da mesma forma, não há registro de fenômeno sócio-econômico, nos últimos anos, que possa explicar melhoria das condições de vida da população, e com isso, a queda da mortalidade.

Apesar de não ser possível creditar à atenção básica, apenas e tão somente, os resultados obtidos, também não se nega que os cuidados em

saúde são componentes importantes na queda da mortalidade geral e na melhoria da expectativa de vida.

No caso da assistência materno-infantil, o aumento do número de gestantes com mais de cinco consultas de pré-natal, do número de médicos e principalmente das enfermeiras, aliados à descentralização das ações para as unidades básicas, podem explicar os resultados obtidos. Nos últimos anos, outra ação que reforçou a melhoria deste indicador foi à instituição do comitê de prevenção aos óbitos maternos e infantis, com a participação da sociedade, dos hospitais e técnicos da secretaria municipal de saúde.

A atuação do comitê é de suma importância, pois, no ano de 2004 conseguiu apurar que, dos treze óbitos ocorridos, nove poderiam ter sido evitados, e destes, um foi ocasionado por falha no atendimento ambulatorial, três seriam de responsabilidade da família e cinco seriam causados por falha da atenção hospitalar.

Sobre a situação dos hospitais, uma nota se faz necessária, pois Rolândia até o ano de 2004 contava com 03 hospitais - um psiquiátrico e dois hospitais gerais.

A Maternidade e Casa de Saúde São Judas Tadeu, entidade com fins lucrativos, há tempos vinha passando por grave crise financeira, encerrando suas atividades definitivamente, no ano de 2004.

O evento fez com que os pacientes do SUS no município fossem atendidos apenas e tão somente no Hospital São Rafael, gerando dificuldades na assistência que podem ter contribuído em grande parte para a

grande proporção de óbitos infantis evitáveis, nos quais se imputa a responsabilidade à falha da assistência hospitalar.

Indicadores de morbidade fazem parte do pacto da atenção básica, portanto, a redução dos internamentos causados por A. V. C. é meta a ser perseguida pelos municípios, mesmo por que o programa de prevenção à hipertensão é parte importante e cotidiana das ações desenvolvidas nas unidades básicas de saúde.

A despeito da falta de consenso na utilização de alguns indicadores, sob a justificativa de não poderem retratar fielmente os resultados da atenção básica, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto da Atenção Básica, e através dele, monitora os resultados alcançados pelos gestores municipais. As metas são pactuadas anualmente, e alguns dos indicadores aqui mencionados fazem parte daquele instrumento de avaliação e monitoramento.

O princípio da atenção primária, apregoado em Alma-Ata, permeia a evolução da atenção básica no município, notadamente após a adoção do PSF como estratégia de reorganização, na medida em que a proporção da população assistida aumenta, os resultados positivos também aumentam.

Um dado significativo, mas elemento invisível desta avaliação, é o perfil dos médicos do PSF, que precisam ser antes de tudo pessoas com sensibilidade para as causas sociais, despojados da mentalidade do INAMPS de meros produtores de consultas, em sua maioria, não resolutivas.

Todos os médicos que abraçaram a estratégia eram profissionais novos e tinham, se não toda, alguma ciência do que era ser um médico dentro do PSF. Decorre disto, o grande dispêndio de recursos para a contratação de pessoal, pois, os que estavam no sistema municipal de saúde não possuíam perfil profissional adequado ao PSF, porque a visão de que o médico era o centro das ações e decisões na unidade de saúde ainda estava presente.

Ora, ao buscar um maior contato com a população, trabalho em equipe e ações de prevenção, alguns velhos atores deveriam ser substituídos por outros que se adequassem aos novos tempos para que a filosofia do trabalho não fosse contaminada.

Num primeiro momento, a proposta de trabalho e a perspectiva gerada pela abertura de um novo campo de atuação, mais próximo da comunidade, levaram ao município muitos profissionais interessados e que se integraram ao PSF de Rolândia.

A concorrência de outros municípios, porém, e a pressão por aumentos salariais, inviáveis para a realidade de Rolândia, induziram muitos profissionais capacitados a deixar a cidade, inaugurando o processo de rotatividade de médicos, vivido até os dias de hoje.

Na busca de recursos novos, muitos municípios aderiram ao PSF, por conta da possibilidade de receber os incentivos federais, abrindo mão

de parte de sua autonomia, pois acabaram por aderir a uma política federal, que sequer cobre os custos reais dos serviços. (Marques e Mendes, 2003).

Não obstante as dificuldades encontradas, e alguns resultados que não se podem creditar apenas e tão somente à atenção básica, é necessário que se ressalte a importância do PSF, como indutor de despesas, mas, principalmente, como estratégia para a modificação do perfil epidemiológico do município entre os anos de 1996 e 2004.

6 CONCLUSÃO

Esta dissertação representa um primeiro passo dado rumo ao objetivo de avaliar a atenção básica no município de Rolândia, até mesmo por ter analisado apenas o período de 1996 a 2004.

O fato de que no Brasil só se dispõe de bancos de dados confiáveis, a partir do final da década de 1990, também é fator decisivo na constatação de que a avaliação realizada retratou o município apenas sob alguns aspectos.

Uma avaliação mais profunda demandaria não apenas a análise de estrutura do serviço de saúde municipal, utilizando-se dados secundários disponíveis em bancos de dados públicos, como a realizada, mas sim, avaliações qualitativas que conseguissem trazer à baila as vozes dos atores desse processo de reorganização da atenção básica.

O trabalho optou por apresentar indicadores de estrutura e, seguindo a linha de raciocínio de Hortale, Conill e Pedroza (1999), permaneceu no nível dos resultados de produção dos serviços de saúde.

Não obstante as dificuldades apresentadas, faz-se necessário persistir na continuidade dos processos de avaliação, para que se disponha de instrumentos efetivos e eficazes no auxílio ao planejamento da política de saúde municipal.

A proposta de avaliação da estrutura do serviço municipal de saúde atingiu o objetivo almejado, nos itens mencionados, porém muitas outras categorias de profissionais deveriam ser avaliadas para que se pudesse ter

uma visão mais completa dos recursos humanos disponíveis e a evolução destes recursos ao longo dos anos.

Da mesma forma, alguns aspectos da estrutura física não foram abordados como, por exemplo, o número de unidades de saúde, ou até mesmo a quantidade de metros quadrados de área construída destinada ao atendimento à saúde da população, o que poderia demonstrar ao longo dos anos, a expansão da rede assistencial.

A análise dos resultados da atenção básica foi satisfatória, na medida em que, como se afirmou anteriormente cabe ainda alguma interrogação quanto à fidedignidade de alguns dados constantes dos bancos de informação oficiais, notadamente daqueles mais antigos.

Porém, a dificuldade encontrada deve tornar-se motivo para o despertar da necessidade da democratização do uso dos dados epidemiológicos, e também da responsabilização a cada profissional de saúde pública na produção e informação correta das ações realizadas.

A metodologia da comparação dos resultados em três períodos distintos foi importante, na medida em que se pôde trabalhar com uma base populacional maior e se conseguiu obter uma visão mais clara da evolução.

A análise da regressão linear, porém, também favoreceu a detecção de episódios importantes, em determinados anos, que foram cruciais para os resultados alcançados.

Apenas com a contratação de mais profissionais médicos, talvez se pudesse atingir os níveis alcançados. A criação de uma rede de

buscas ativas através da estratégia de saúde da família, no entanto, proporcionou ações mais rápidas e intimamente ligadas às pessoas, tornando-as mais efetivas, eficazes e resolutivas.

Não obstante os ganhos contabilizados e a certeza da possibilidade do PSF ser uma estratégia para a reorganização da atenção primária, refletindo em menores coeficientes de mortalidade infantil, de internamentos e da qualidade de vida da população, a revisão do papel de cada esfera governamental no financiamento é de suma importância.

A manutenção da sobrecarga do município e a diminuição da participação dos governos estadual e federal no financiamento da atenção básica podem inviabilizar não só a manutenção da estratégia, mas, a médio e longo prazos, a própria extinção do PSF no município.

Alguns dos indicadores podem ser questionados quanto à validade ou até à oportunidade da sua utilização nesta análise, até porque não há consenso para indicadores que sejam estritamente ligados à atenção ou cuidados em saúde. A propósito, Viacava et alii (2004) mencionam a necessidade da definição de indicadores adequados para a avaliação de desempenho do SUS.

A realidade do município, porém, sua trajetória dentro do processo de municipalização da atenção à saúde e, principalmente, sua adesão ao PSF, adotado como estratégia de reorganização da atenção básica, podem ser demonstradas transparentemente em todos os seus aspectos.

O aumento do número de profissionais de saúde, sejam eles médicos ou enfermeiros, é patente, e o impacto financeiro da absorção desses recursos humanos também é demonstrado, avalizando a hipótese de que houve avanço significativo na estrutura do serviço municipal de saúde.

Foi possível avaliar a evolução dos aportes de recursos financeiros, em que o município se responsabiliza cada vez mais pelo financiamento das ações, pressionado pela EC-29, e Tribunais de Contas, mas não cumprida pelas outras esferas governamentais.

Além da parte financeira, é possível constatar que o PSF , introduziu novas práticas na atenção à saúde, com as visitas domiciliares; induziu a contratação de pessoas, o que gerou um aumento de consultas; e pode ter influenciado na diminuição dos internamentos, que é um resultado esperado quando se investe em atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A voz rouca das ruas, dos usuários simples, dos antigos indigentes remanescentes do INAMPS, foi amplificada pela Constituição de 1988. Convive-se hoje com pessoas comuns na sociedade, que são mais conhecedoras dos seus direitos do que muitos gestores de saúde de seus deveres.

Infelizmente, a melhoria das condições de saúde e o incremento no acesso da população aos serviços básicos de saúde, não redundaram em aumento na educação para o bem estar.

A cultura da busca pelo médico especialista e da prescrição de remédios em cada consulta médica ainda prevalece, cultivada por profissionais que ainda não entendem a necessidade de vincular-se à população atendida, nem com a resolução de seus problemas.

Por outro lado, agiganta-se uma clientela que procura no serviço de saúde a solução para os problemas de toda sorte, quer sejam os de ordem conjugal, afetivos ou de trabalho, além daqueles ocasionados pela desestruturação das famílias ou de todas as mazelas e descabros sociais deste País.

O dever do Estado, em todos os níveis, não pode ser tomado como tutela da população, que também precisa assumir seu papel na manutenção de sua saúde e prevenção dos males que possam atingi-la.

A participação efetiva do controle social no setor saúde deve acontecer, não apenas na cobrança por consultas, remédios, exames e da

aplicação correta e transparente dos recursos financeiros, mas principalmente na conscientização de que o bem estar é resultado da prática de hábitos saudáveis na alimentação, da adoção de práticas esportivas que diminuam o sedentarismo e do auto-cuidado e prevenção, aliados a um bom sistema de saúde.

Todos os enunciados da Constituição de 1988 devem ser respeitados, as conquistas do SUS devem ser comemoradas, criticadas e melhoradas, mas também é necessário que os usuários do SUS evoluam, brigando cada vez mais por seus direitos sem se esquecer dos deveres a cumprir para se tornarem cidadãos integralmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO MÉDIO PARANAPANEMA. Criação do grupo de saúde da AMEPAR: Proposta inédita nas associações de municípios. **Jornal de Saúde da AMEPAR**. Cambé, n. 1, pág. 4, jun. 1984.

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO MÉDIO PARANAPANEMA. Associação Paranaense dos Servidores Municipais de Saúde: ESTATUTO. **Jornal de Saúde da AMEPAR**. Cambé, n. 33, págs. 2-3, nov. 1987.

ARMITAGE, P. & BERRY, G. **Statistical Methods in Medical Research**. 3ª ed. Londres, UK, 1994, P. 154-157.

BRASIL. LEI 8080, de 19 de setembro de 1990. **Sistema Único de Saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196**, 10 de out. 96. Brasília: MS/CNS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 95, de 26 de janeiro de 2001**. Brasília: Gabinete do Ministro, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto da Atenção Básica**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <www.datasus.gov.br>, Acesso em 05/01/2006.

COHEN, Ernesto e FRANCO, Rolando. **Evaluación de proyectos sociales**. 2ª ed. México: Siglo XXI, 1993.

CONILL, E.M. **Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis**, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(suplemento):191-202, 2002.

CORDONI JUNIOR. L. **Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva**. Londrina: Eduel, 2005.

DONABEDIAN, Avendis. ***The Definition of quality and approaches to its assessment***. Michigan: Health Administration Press, 1980.

FIOCRUZ. **Projeto metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro**. Disponível em <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br/index2v.htm>>. Acesso em 05/09/2004.

HORTALE, Virgínia Alonso, CONILL, Eleonor Minho e PEDROZA, Manoela. **Desafios na Construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde**, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(1):79-88, Jan-mar, 1999.

HURST, J. & HUGHES, M.J. ***Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems***. França, Paris. P.11, 12 e 30, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>, acesso em: 10/05/2006.

KNOWLES, J.C., LEIGHTON, C. STINSON, W. **Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud**. E.U.A., P.41-42, set, 1997.

MARQUES, Rosa Maria e MENDES, Áquilas. **Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(2) 403-415, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados Primários de Saúde**. Brasília: UNICEF, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía metodológica**. Washington, p. 17-20, 2000.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <www.saude.pr.gov.br> Acesso em 10/01/2006.

ROLÂNDIA. Secretaria Municipal de Agricultura e Desenvolvimento Econômico. 2004.

ROLÂNDIA. Secretaria Municipal de Meio Ambiente. 2005a.

ROLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. 2005b.

ROLÂNDIA. Secretaria Municipal de Fazenda. 2005c.

ROLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2006a.

ROLÂNDIA. *Secretaria Municipal de Saúde. DEPPAC – Departamento de programação, avaliação, controle e auditoria.*2006b.

SCHWENGBER, Cláudia Portellinha. ***Aspectos Históricos de Rolândia.*** Rolândia: Wa Ricieri- Gráfica, 2003,p. 33-47.

SILVA, Sílvio Fernandes da. ***Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas.*** São Paulo, HUCITEC, 2001, p. 58-60.

STARFIELD, B. ***Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.*** 2 ed. Brasília: UNESCO, 2004. p. 30 – 31.

VIACAVA, Francisco et al. ***Uma Metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.*** *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (3): 711-724,2004.

YIN, Robert K. ***Estudo de caso: Planejamento e métodos.*** 2 ed. - Porto Alegre: Bookman, 2001, p.27.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Bioética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina – UEL.



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER CEP260/04

Londrina, 05 de novembro de 2004.

Ao Sr
Fernando César de Andrade Aguilera
Nesta

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou e **aprovou** o Projeto de Pesquisa **“AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM ROLÂNDIA - PARANÁ”**, que está de acordo com a Resolução 196/96 – CNS.

Atenciosamente,


Prof.^a Dra. Nilza Maria Diniz
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

ANEXO B – Indicadores para Avaliação de Estrutura

INDICADOR	
Média Anual de Gastos Públicos Totais em Saúde (por triênio)	Soma dos totais anuais de gastos em saúde, dividido por três.
Média Anual de Gastos em Saúde por Habitante, (por triênio)	Razão do total anual dos recursos públicos dos três níveis, gastos no setor saúde, pela população do município.
Proporção dos Gastos no setor saúde, pela população do município.	Razão do total anual dos recursos públicos municipais, gastos em saúde, pelo total realizado pelo orçamento municipal.
Proporção de gastos municipais em relação às transferências dos outros níveis de governo	Razão do total anual dos recursos públicos municipais, gastos em saúde, pelo total transferido pelos outros níveis de governo.

Fonte: DATASUS, SIOPS, Secretaria Municipal de Finanças, IBGE.

ANEXO C – Indicadores para Recursos Humanos em Saúde.

INDICADOR	
Proporção de médicos, por 10.000 habitantes.	Número de médicos por dez mil habitantes no triênio considerado.
Proporção de médicos nas especialidades básicas, por 10.000 habitantes	Número de médicos por dez mil habitantes no triênio considerado.
Proporção de enfermeiros por 10.000 habitantes.	Número de enfermeiros por dez mil habitantes no triênio considerado.
Porcentagem da população atendida pelo Programa de Saúde da Família	

Fonte: Fonte MS/SPS/CGPRH-SUS – Base demográfica IBGE, SMS.

