

Saúde da Família nos municípios mineiros com população superior a 100 mil habitantes: uma análise da cobertura populacional

Family Health in Minas Gerais municipalities with populations greater than 100 thousands habitants: an analysis of population coverage

Maria José Rodrigues

Doutoranda em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia – UFU - Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.
Av. João Naves de Ávila, 2121, CEP: 38.408-100 Uberlândia - MG, Brasil.
E-mail: rodriguesmariaj@hotmail.com

Julio Cesar de Lima Ramires

Professor do Instituto de Geografia da Universidade Federal de Uberlândia - UFU.
Av. João Naves de Ávila, 2121, CEP: 38.408-100 Uberlândia - MG, Brasil
E-mail: ramires_julio@yahoo.com.br

Resumo:

Nesse estudo temos como objetivo analisar os índices de cobertura da ESF nos municípios mineiros com mais de 100 mil habitantes. O estado de Minas Gerais localiza-se na região Sudeste do Brasil apresenta uma população de pouco mais de 20 milhões de habitantes e 853 municípios, sendo que 27 desses municípios têm população superior a 100 mil habitantes, e mais de 80% têm população de até 20 mil habitantes (IBGE, 2010). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) está presente em 836 municípios, cobrindo 63% da população do estado. Dos 27 municípios analisados percebemos que 57% apresenta cobertura populacional entre 25% e 50%; 34% entre 50 e 75% e apenas três municípios possui cobertura superior a 75%, sendo este o índice recomendado pelo Ministério da Saúde. Verifica-se uma tendência dos governos estaduais/municipais de se apropriarem politicamente da ESF, criando uma identidade própria, como é o caso do Programa Saúde em Casa, do governo do estado de Minas Gerais. O Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) ao considerar municípios de grande porte (acima de 100 mil habitantes), não leva em conta a diversidade de situações existentes nessa escala demográfica, apontando ações tanto para municípios de médio porte como para grandes metrópoles com milhões de habitantes.

Palavras-chave: Minas Gerais, Estratégia de Saúde da Família, cobertura populacional.

Abstract:

In this study we aim to analyze the coverage ratios FHS miners in municipalities with over 100 thousand inhabitants. The State of Minas Gerais located in southeastern Brazil has a population of close to 20 million people and 853 cities. Of those cities, 27 have a population bigger than a 100 thousand habitants and more than 80% has a population of over 20 thousand habitants (IBGE, 2010). The program known as Family's Healthy Strategy exists at about 836 cities, what cover 63% of population bigger than 100 thousand habitants and we can notice that 57% are covered between 25% and 50%; 34% are between 50 and 75% and just three cities are covered more than 75%, considering that this is the Ministry of Healthy recommended percentage. It's noticeable a State and local governments tendency of appropriating ESF politically, creating a self identity, as in the case of the 'Saúde em Casa' program (Healthy in Home program), created at the State of Minas Gerais. Expansion and Consolidation of family's health program points the same kind of actions to the medium cities as well as to the big metropolis with a millions of habitants without consideration of the diversity of situations in that demographic scale.

Key-words: Minas Gerais, Family's Healthy Strategy, population coverage.

INTRODUÇÃO:

O estado de Minas Gerais localiza-se na região Sudeste do Brasil apresenta uma população de pouco mais de 20 milhões de habitantes (IBGE, 2010) e 853 municípios, sendo que 27 desses municípios têm população superior a 100 mil habitantes, e mais de 80% têm população de até 20 mil habitantes (IBGE, 2010), ou seja, há um predomínio dos municípios de pequeno porte populacional, explicado em grande parte pela formação histórica no contexto do Estado de Minas Gerais. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) está presente em 836 desses municípios, sendo a principal porta de entrada dos sistemas municipais de saúde.

Para Souza, (2007) a proposta da Estratégia de Saúde da Família caracteriza-se por ter a família como sua unidade nuclear de atuação, buscar uma integração com a comunidade na qual se insere, bem como fazer a busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, e dar ênfase à prevenção e à educação em saúde. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade adscrita. A Estratégia de Saúde da Família tem sido evidenciada como uma das mais importantes referências para a organização da Atenção Básica no Brasil.

Nesse artigo temos como objetivo analisar os índices de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família nos municípios mineiros com população superior a 100 mil habitantes.

Optamos por analisar os dados dos municípios com população superior a 100 mil habitantes no estado de Minas Gerais tendo em vista que o universo dos municípios de pequeno porte é muito diverso e de difícil caracterização já que em muitos municípios apenas uma equipe de Saúde da Família cobre toda a população. Além disso, a literatura sobre a temática tem apontado grandes dificuldades na implantação e consolidação da Saúde da Família nos grandes centros urbanos, levando inclusive o governo federal a criar um projeto – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) – para incrementar essa política nos grandes centros urbanos brasileiros.

Para espacializar as informações utilizamos o Software Arc View Gis 3.2 onde foi possível produzir mapas de localização das mesorregiões mineiras, dos municípios com mais de 100 mil habitantes e mapas do índice de cobertura populacional da ESF nesses municípios.

Estratégia de Saúde da Família e cobertura por porte populacional

A Estratégia de Saúde da Família foi implantada no Brasil na década de 1990, ainda como um programa, período marcado por crise econômica e fiscal e pela busca de alternativas que possibilitassem a superação dos limites dos modelos de saúde vigentes. Pensando nas mudanças necessárias, foram implantados programas, ações regulatórias e novas modalidades de alocações de recursos, tendo como objetivo aumentar o nível de equidade e eficácia do SUS. Nesse contexto, são implantados o Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O PACS foi criado com a finalidade de ampliar a cobertura das ações de saúde nas áreas rurais e periferias urbanas, especialmente para o grupo materno-infantil, concentrando-se nas regiões Nordeste e Norte do país.

O Programa Saúde da Família surgiu em dezembro de 1993, e hoje é nomeado como Estratégia, fundamentou-se em algumas experiências municipais que já estavam em andamento no País, sendo apontado como uma importante proposta para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes. Segundo a Norma Operacional Básica de 1996, esse programa deveria ser implantado quando os municípios, responsáveis pela execução preferencial das ações e serviços de saúde, aderem voluntariamente a um conjunto de responsabilidades e prerrogativas de gestão, seja na condição de gestão “Plena da Atenção Básica” – responsabilizando-se pelos serviços de atenção básica (clínica geral, pediatria, gineco-obstetrícia) ou “Plena do Sistema Municipal de Saúde” – responsabilizando-se por todos os serviços de saúde, incluindo os níveis de atenção de média e alta complexidade da saúde (MS, 1996).

Depois de quase 20 anos, a história dessa estratégia tem mostrado que a decisão do Ministério da Saúde de investir nesse caminho foi acertada. Inicialmente o programa era financiado por transferências convenientes de recursos, mas desde 2006, vem sendo adotado como uma estratégia de abrangência nacional em todos os Estados da federação e quase todos os municípios brasileiros. A Saúde da Família tornou-se uma política de Estado e um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde.

Os quatro princípios básicos da ESF são: (a) caráter substitutivo – alteração das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, concentrado na vigilância à saúde; (b) integralidade e hierarquização – adoção da Unidade de Saúde da Família como primeiro nível de ações e serviços do sistema

local de saúde; (c) territorialização e adscrição da clientela – incorporação do território enquanto espaço de abrangência definida; (d) equipe multiprofissional – composição realizada por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica a Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania. (BRASIL, 2010, p.22).

Para Souza (2007), a Saúde da Família é uma estratégia política capaz de promover a organização das ações e serviços de atenção básica à saúde nos sistemas municipais de Saúde. A estratégia está inserida em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde e se fundamenta em uma nova ética social e cultural, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Diversos estudos tem demonstrado a importância da ESF para melhoria das condições de saúde da população brasileira. Macinko, Guanais e Souza (2006), fizeram um estudo sobre a Saúde da Família no Brasil por meio de uma análise ecológica longitudinal, usando dados de fontes secundárias, de forma a relacionar a mortalidade infantil com acesso a água e saneamento, com a renda média, com a

escolaridade da mulher, com a fertilidade, com a oferta de médicos e enfermeiras por dez mil habitantes e com a oferta de leitos por mil habitantes.

Os resultados mostraram que o fator mais importante para a redução da mortalidade infantil no país foi a escolaridade das mulheres. O estudo demonstrou, ainda, que um aumento de 10% na cobertura da Estratégia de Saúde da Família foi responsável por uma diminuição de 4,6% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% no acesso a água foi responsável por uma diminuição de 3,0% na mortalidade infantil; que um aumento de 10% nos leitos hospitalares foi responsável por uma diminuição de 1,35% na mortalidade infantil; e que a fertilidade e a renda per capita apresentaram associações modestas com as taxas de mortalidade infantil.

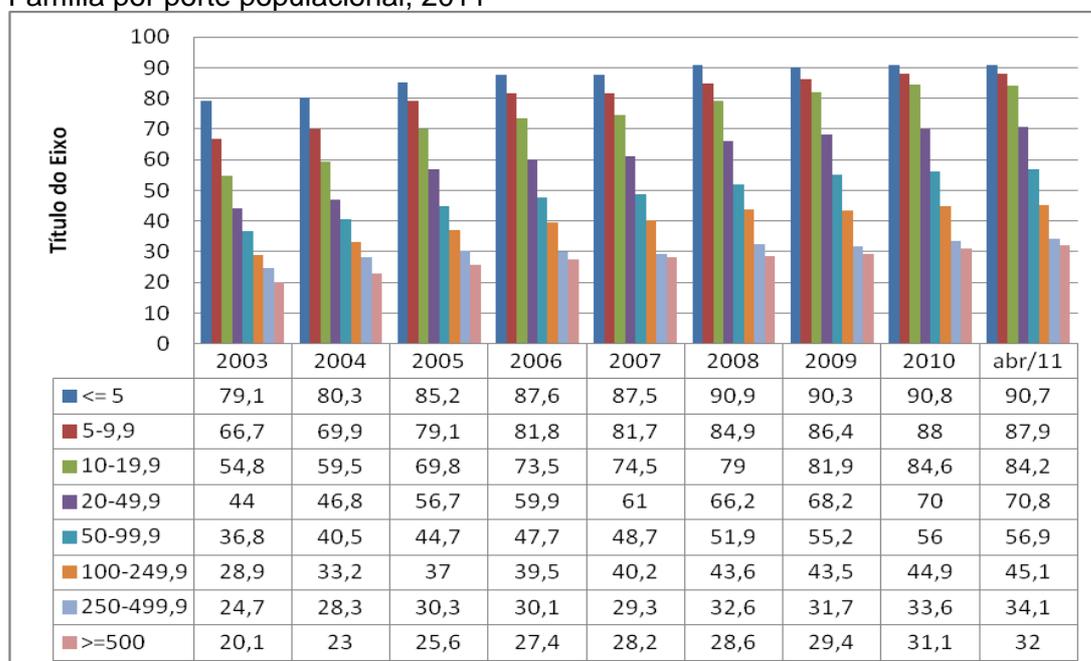
Henrique e Calvo, (2008) fizeram um estudo sobre o grau de implantação da ESF no estado de Santa Catarina em dois períodos, 2001 e 2004, percebendo que com a implantação e ampliação da ESF houve uma melhora importante no acesso aos serviços de atenção primária à saúde no estado.

Portela e Ribeiro, (2011) analisaram a sustentabilidade econômico-financeira da ESF em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes segundo indicadores selecionados, considerando a região geográfica a que pertencem, porte populacional e a participação no Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf). Concluíram que os municípios da região Sudeste, mais desenvolvida do país, apresentam em média melhores desempenhos econômico-financeiros, porém valores médios de cobertura de ESF mais baixos. Os municípios das regiões Norte e Nordeste, com as menores médias para indicadores de sustentabilidade econômico-financeira, são os que mais fizeram esforço de evolução no período de 2000 a 2006.

Quando comparamos a evolução do percentual de municípios com Estratégia de Saúde da Família por porte populacional verificamos que quanto maior o município menor a porcentagem da ESF. Em municípios com população superior a 500 mil habitantes a cobertura média era de 32% da população em 2011. Em 2003, a cobertura populacional dessa estratégia estava presente em 79,1% dos municípios menores de cinco mil habitantes, em 66,7% dos municípios com população entre cinco e 9,9 mil habitantes e em 54,8% dos municípios com população entre 10 e 19,9 mil habitantes. Para os municípios com população entre 20 e 49,9 mil, entre 50 e 99,9 mil, entre 100 e 249,9 mil, entre 250 e 499,9 mil e superior a 500 mil habitantes, a cobertura populacional era de 44; 36,8; 28,9; 24,7 e 20,1%, respectivamente, para o ano de 2003.

A Estratégia de Saúde da Família chega ao ano de 2011 presente em 90,7% dos municípios menores de cinco mil habitantes, em 56,9% dos com população entre 50 e 99,9 mil habitantes. No entanto o esforço de ampliar a cobertura nos municípios com população superior a 100 mil habitantes ainda precisa continuar já que o percentual de cobertura de 2003 a 2011 subiu, mas ainda não foi considerado satisfatório. Em municípios com população entre 100 e 249,9 a cobertura passou de 38,9 em 2003 para 45,1% em 2011. Nos de escala entre 250 e 499,9 esse percentual subiu de 24,7% para 34,1%. E nos com mais de 500 mil habitantes variou de 20,1 para 32%. Estando Uberlândia nesta média, 30% da população cadastrada pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (GRÁFICO 1).

Gráfico 1: Brasil: evolução do percentual de municípios com Estratégia de Saúde da Família por porte populacional, 2011



Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

Organização: RODRIGUES, MJ, 2012.

De acordo com Franco e Merhy, (1999) o PSF não encontra dificuldades de implementação em municípios de pequeno porte, com pequena ou nenhuma capacidade instalada, que não dispõem, portanto, de uma rede consolidada de assistência. No entanto, das avaliações realizadas, foram detectados três grandes grupos de problemas para a sua implementação: os relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde, proposta denominada pelo Ministério da Saúde como de conversão de modelo; aspectos afetos à inserção e

desenvolvimento de recursos humanos; e o monitoramento efetivo do processo e resultados do PSF, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação.

Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família – PROESF

Com a intenção de contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia da Saúde da Família nos municípios que possuem mais de 100 mil habitantes e incentivar a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e do desempenho dos serviços de saúde no país, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Projeto de Expansão e Consolidação à Saúde da Família – PROESF, contando com o apoio do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD, vem implementado ações diretas em 187 municípios brasileiros e nas 27 Unidades da Federação. O principal objetivo consiste na expansão da estratégia para os grandes centros urbanos, haja vista que a implantação da ESF ocorreu de forma mais acelerada em municípios de pequeno porte, com baixa ou nenhuma capacidade instalada, e mais lenta em grandes centros urbanos.

Pensado como uma opção de ampliação do acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde, para as populações dos grandes municípios brasileiros, por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família. O PROESF prevê a interferência no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família através de investimentos em atividades de formação e capacitação dos profissionais e o aumento da efetividade e melhoria do desempenho dos serviços, incorporando processos sistemáticos de planejamento, monitoramento e avaliação. Contempla investimentos para estruturação e organização de serviços, qualificação de Recursos Humanos e Sistemas de Informação e Avaliação.

O PROESF foi planejado para ser desenvolvido em 3 Fases, sendo o acordo de empréstimo com o BIRD firmado separadamente em cada fase, mediante o cumprimento de metas e indicadores, que estabelecem condição de acesso aos investimentos para as fases subsequentes. Seu período de implantação foi previsto para o período de 2002 a 2009. No entanto, sua 1ª fase sofreu prorrogação e seu término se deu em 2007, acarretando mudança no tempo previsto. Seu segundo momento teve início no 2º semestre de 2008, com duração de três anos. Os recursos disponíveis foram 50% financiados pelo BIRD e 50% como contrapartida do Governo Federal.

A análise da evolução da cobertura da estratégia Saúde da Família, no grupo

de 187 municípios participantes da Fase 1 demonstrou um aumento de 43% no número de ESF implantadas de dezembro de 2003 a junho de 2007, com extensão da cobertura média de 25,7% para 34,4% nesse período. Essa expansão foi mais intensa no 1º ano de implantação (2004), mas, apesar das dificuldades observadas nos anos seguintes, manteve-se a tendência de crescimento, ainda que de forma menos acentuada.

O PROESF, na Fase 2 (2008/2011), contempla 3 (três) Componentes que agrupam um conjunto de Subcomponentes e Atividades/Ações, possíveis de serem planejadas e financiadas com os recursos do projeto. 1. Componente I: expansão e qualificação da Saúde da Família nos Municípios com população acima de 100 mil habitantes; 2. Componente II: fortalecimento da capacidade técnica das secretarias estaduais de saúde em monitoramento, avaliação e educação permanente; 3. Componente III: fortalecimento da gestão federal e apoio ao fortalecimento das gestões estaduais e municipais da ABS/Saúde da Família.

Os beneficiários diretos da Fase 2 do PROESF são as populações dos municípios brasileiros que implantaram Equipes Saúde da Família, dentro do período de desenvolvimento do Projeto na Fase 1. Destaca-se como população-alvo, específica do Componente I, aquela dos grandes centros urbanos, totalizando mais de 100 mil habitantes, participantes da Fase 1 e eleitos para a Fase 2 do PROESF. Bem como as Secretarias de Estado das 27 Unidades da Federação, através do Componente II.

A análise das informações no quadro 1 nos permite considerar que o PROESF conseguiu cumprir substancialmente as metas propostas para a Fase I, os índices de cobertura média da população pelas equipes de Saúde da Família e da cobertura vacinal em menores de um ano que estavam em dia foram alcançados. Os percentuais de médicos e enfermeiros da Saúde da Família na Atenção Básica foram superados, as equipes de Saúde da Família implantadas na Fase I que desenvolveram planos de ação e instrumentos para enfrentamento de questões de saúde em suas áreas chegou a 74%. No entanto, o índice de sete consultas de pré-natal e de gestantes vacinadas contra tétano ficaram abaixo do pactuado.

Quadro 1: Alcance dos principais indicadores de desempenho pactuados com o BIRD na consecução da Fase 1 do PROESF nos municípios participantes.

INDICADORES	LINHA DE BASE	METAS	RESULTADOS ALCANÇADOS (média para o conjunto de municípios)		
1. Cobertura média da população pelas equipes SF	26,6%	35%	34,4%	Dez/05 Abr/07	Meta substancialmente alcançada
2. Cobertura vacinal de menores de 1 em dia em dia na população acompanhada pela SF nos municípios participantes do Componente I, Fase 1 PROESF, inclusive a DPT	94,0%	100%	94% 99% (todas as vacinas nas áreas da SF – fonte SIAB)	Dez/05 Abr/07	Meta substancialmente alcançada
3. Percentual de NV de mães que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.	57%	70%	61%	Dez/05	Meta parcialmente alcançada
4. Percentual de gestantes acompanhadas pelas ESF e vacinadas contra tétano	91,0%	100%	94%95%	Dez/05 Abr/07	Meta parcialmente alcançada
5. Percentual de médicos e enfermeiros da Saúde da Família sobre o total de médicos e enfermeiros da Atenção Básica	28%	5-25%	41%	Dez/05	Meta superada
6. Redução da Taxa de internação por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos	35 / 1000	< 35 / 1000	23,4 / 1000	Dez/05	Meta alcançada
7. Taxa de internação por diarreia em menores de 5 anos.	9,0 / 1000	< 9/1000	7 / 1000	Dez/05	Meta alcançada
8. Média mensal de visitas domiciliares por família.	1	> 0,75	1	dez/05	Meta alcançada
9. Percentual de ESF implantadas na Fase I que desenvolveram planos de ação e instrumentos para enfrentamento de questões de saúde em suas áreas	Informação não disponível	50%	74%	Fev/06	Meta superada
10. Percentual de ESF implantadas na Fase I efetivamente supervisionadas por Grupo Supervisor de Referência	Informação não disponível	50%	84%	Fev/06	Meta superada

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

O papel do Geoprocessamento para análise de políticas públicas: o caso da Estratégia Saúde da Família

A ampliação da Estratégia de Saúde da Família demonstra que os órgãos voltados à promoção de políticas públicas de acesso à saúde no estado Minas Gerais devem pensar em formas mais precisas de ampliar o acesso a esses equipamentos de saúde. A espacialização do índice de cobertura da ESF no estado permite a tomada de decisões pontuais sobre áreas que mais precisam desses equipamentos e que necessitam de intervenções mais precisas.

A informação geográfica é uma ferramenta eficaz para planejar campanhas de orientação à população e convencer as autoridades competentes e a comunidade a se envolver com a questão em foco. O mapa é um meio eficaz de sensibilizar os órgãos envolvidos com a saúde pública, pois a espacialização de algumas variáveis permite uma ação mais eficaz sobre os mesmos.

A Constituição Federal de 1988 normatizou a municipalização de vários serviços públicos, transferindo para os governos municipais novas responsabilidades e atribuições. Serviços públicos como saúde, saneamento básico, administração de transportes e trânsito, tornaram-se de responsabilidade do governo local. Estas demandas exigiram respostas cada vez mais rápidas de prefeituras que precisaram se preparar para atendê-las.

As organizações, especialmente aquelas pertencentes ao setor público, estão cercadas de dados e informações que poderiam responder a esta demanda, mas que dificilmente encontram-se disponíveis na forma apropriada ou no momento adequado para sua utilização. Fica cada vez mais evidente a necessidade de se criar mecanismos que possam processar a informação e convertê-la em conhecimento útil para usuários específicos, acessadas em tempo real facilitando, dessa forma, a utilização dos dados e do conhecimento nos processos de tomada de decisão.

As novas tecnologias abrem possibilidades de progresso e bem-estar social, porém essa vantagem ocorre somente como resultado do gerenciamento e uso efetivo da informação processada pela tecnologia. O uso das chamadas geotecnologias aplicadas à gestão do sistema saúde devem objetivar, além da cartografia automatizada, o subsídio e a implementação de políticas públicas, por meio do monitoramento e processamento de dados, visando sempre o benefício social de forma total.

A necessidade humana de explicar e compreender o meio em que habita gera constantemente um conhecimento sobre o seu entorno e sobre a realidade física, cultural e econômica que a cerca. Essa experiência toma nova dimensão a cada dia, e desempenha um papel social que vai além da acumulação de informações espaciais, uma vez que as tecnologias de informação e comunicação têm provocado um profundo impacto em todos os setores da atividade humana.

Assim sendo, nota-se que as sociedades contemporâneas, devido ao ritmo acelerado do progresso científico e tecnológico, têm se transformado em sociedades da informação. Santos (1997) comenta que “A ciência, a tecnologia e a informação estão na base de todas as formas de utilização e funcionamento do espaço [...]”,

desempenhando um papel de suma importância na edificação das sociedades, na intenção de responder com precisão aos “desafios deste novo milênio”.

A década de 1960 é o marco para os primeiros Sistemas de Informações Geográficas propriamente dito. O desenvolvimento dos SIGs ocorreu atrelado a um plano estratégico governamental, que visava a automatização dos dados sobre recursos naturais e uso do solo. Ao longo da década de 1970, desenvolveram-se fundamentos matemáticos direcionados à Cartografia, dando origem à topologia aplicada, o que permitiu as análises espaciais entre elementos cartográficos. Na década de 1980, com a popularização e o barateamento das estações de trabalho, computadores pessoais e bancos de dados, o uso de SIGs foi difundido com a incorporação de muitas funções de análise espacial.

Rosa e Brito (1996) mencionam que o Geoprocessamento pode ser definido como sendo um conjunto de tecnologias usadas para coletar e tratar informações espaciais e desenvolver novos sistemas e aplicações com diferentes níveis de sofisticação. A partir dessa visão, o pré-projeto de tese vem levantar a necessidade de interpretação de dados analógicos e sua conversão em informações digitais, a flexibilidade e a agilização dos trabalhos, bem como a melhor interpretação através da combinação de diferentes mapas temáticos, tornando a Cartografia Digital uma excelente ferramenta para auxiliar na interpretação de fenômenos espaciais, especialmente, os ligados da chamada Geografia da Saúde.

O mapeamento da cobertura populacional da ESF a partir de algumas variáveis é um bom exemplo para ilustrar a funcionalidade de informações cartográficas associadas a um banco de dados. O programa ArcView torna mais simples essa integração possibilitando acessar registros de bases e visualizá-los em mapas. Produzir informações que possibilitem a elaboração de ações sanitárias mais eficazes é a grande contribuição que a Geografia tem a oferecer à área da Saúde.

METODOLOGIA:

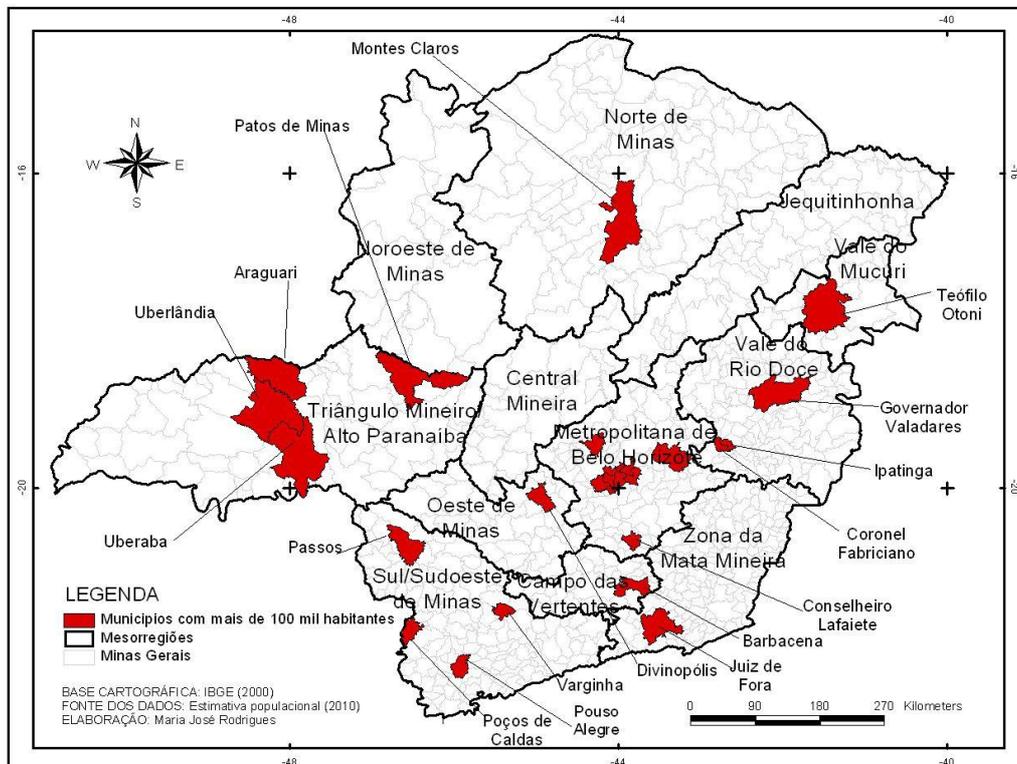
Utilizaram-se os seguintes procedimentos para a realização deste estudo: revisão bibliográfica; levantamento de dados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Sala de Situação em Saúde do Ministério da Saúde para o ano de 2010; utilização da base cartográfica digital de 2000, em formato CAD, fornecida pelo IBGE; tabulação dos dados e cruzamento das informações; utilização do software ArcView 3.2 para elaboração dos mapas.

O ArcView Gis 3.2 é um software desenvolvido pela Environmental Systems Research Institute (ESRI), e permite efetuar análises em ambiente de SIG. Ele é um programa que facilita a integração de dados de gráficos, tabelas, desenhos e fotografias e a sua visualização em forma de mapas. (ROSA, 2004).

O levantamento dos municípios mineiros com mais de 100 mil habitantes deu-se no portal do IBGE estimativa para o ano de 2010. Os municípios mineiros pesquisados estão localizados em sua maioria na Região Metropolitana de Belo Horizonte, mas também são encontrados no Norte de Minas, no Sul de Minas, na Zona da Mata Mineira, no Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba. Conforme mapas 1 e 2.

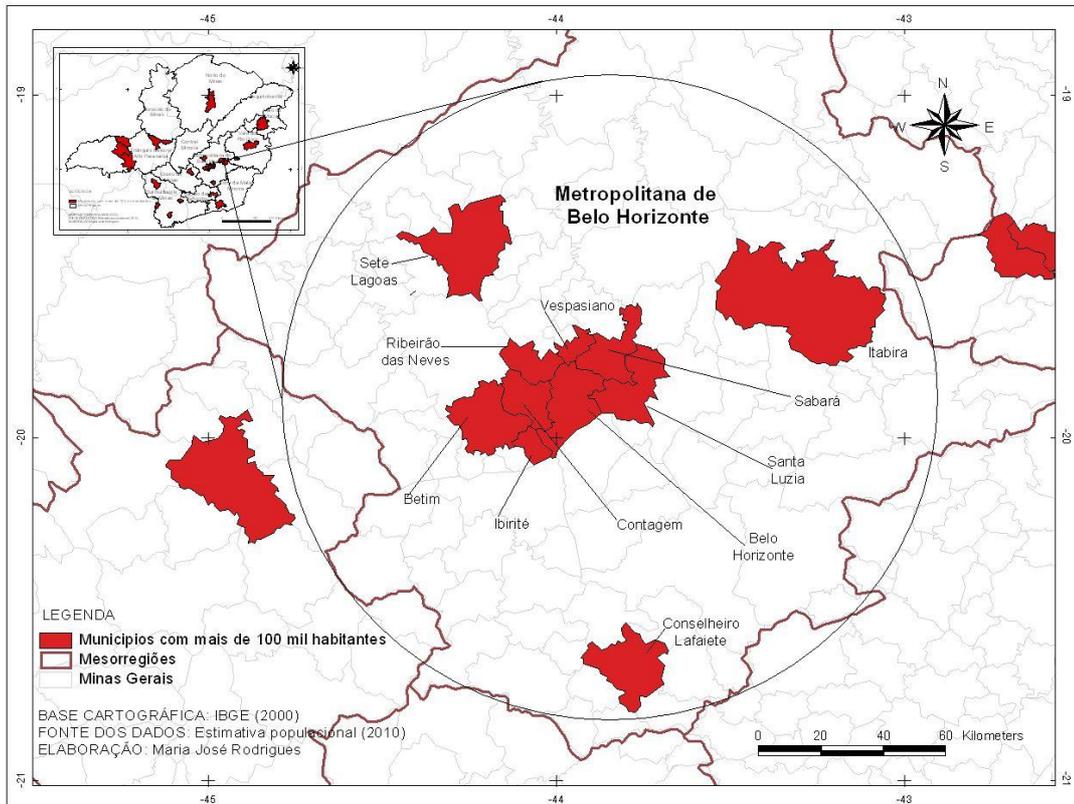
Decidiu-se analisar a situação da cobertura da população pela Estratégia de Saúde da Família nos municípios levantados anteriormente com base nos dados coletados no portal do Ministério da Saúde em setembro de 2010, no link Sala de Situação em Saúde onde é possível verificar, por municípios, questões relacionadas ao perfil socioeconômico, ações em saúde, situação de saúde e gestão em saúde.

Mapa 1. Minas Gerais - localização dos municípios com mais de 100 mil habitantes, em 2010



Fonte dos dados: IBGE, (estimativa populacional, 2010)
Autora: Maria José Rodrigues

Mapa 2: Região Metropolitana de Belo Horizonte: localização dos municípios com mais de 100 mil habitantes, em 2010



Fonte dos dados: IBGE, (estimativa populacional, 2010)
Autora: Maria José Rodrigues

Com base nestas informações elaboramos quadros, tabelas e mapas situação da Estratégia de Saúde da Família nos municípios mineiros com mais de 100 mil habitantes. Focamos nosso estudo na análise da cobertura populacional em agosto de 2010. Procuramos seguir o recorte populacional do PROESF, que considera os municípios acima de 100 mil habitantes como de grande porte para implantação/consolidação da Saúde da Família, mesmo levando em conta que para o IBGE, os municípios/cidades entre 100 e 500 mil seriam considerados de médio porte.

RESULTADOS E DISCUSSÕES:

Em Minas Gerais dos 853 municípios o Saúde da Família está presente em 836 destes sendo que 63% da população vive em municípios que possuem equipes de Saúde da Família. No estado há ainda o Programa Saúde em Casa, de caráter estadual, que tem como objetivo ampliar e fortalecer a Estratégia de Saúde da Família, tendo como metas reduzir o número de internações hospitalares no estado e cumprir as metas de vacinação, atingindo uma cobertura de 95% do estipulado no

calendário básico do Ministério da Saúde.

A pesquisa demonstrou que nos municípios pesquisados as informações sobre a Estratégia de Saúde da Família foram divulgadas a partir do ano 2000 e o universo populacional dos municípios variou entre 101.844 habitantes em Vespasiano, a 2.452.612 habitantes para o município de Belo Horizonte.

A cobertura da Estratégia Saúde da Família no estado de Minas Gerais chega a cerca de 68% da população. Os índices para os municípios com mais de 100 mil habitantes demonstraram que a cobertura nesses varia entre 16% para o município de Sabará a 82% para o município de Itabira.

Como o Ministério da Saúde disponibiliza informações sobre a situação da ESF nos municípios a partir do ano 2000 decidimos adotar esta mesma metodologia. Coletamos as informações disponíveis sobre o município de acordo com o que foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde, e percebemos que dos 27 municípios pesquisados 22 deles estava disponível a partir do ano 2002 onde foi possível informações sobre cobertura populacional, número de equipes, sendo eles: Belo Horizonte, Contagem, Juiz de Fora, Montes Claros, Ribeirão das Neves, Uberaba, Governador Valadares, Ipatinga, Santa Luzia, Sete Lagoas, Divinópolis, Ibirité, Poços de Caldas, Patos de Minas, Teófilo Otoni, Barbacena, Varginha, Conselheiro Lafaiete, Araguari, Itabira, Passos e Coronel Fabriciano. Em Uberlândia e Vespasiano as informações estão disponíveis a partir de 2003. Para Pouso Alegre e Betim as informações foram divulgadas a partir do ano de 2004 e Sabará em 2005. Na tabela 1 pode-se visualizar algumas informações.

Observa-se, no caso mineiro, que a maioria dos municípios que estamos considerando de grande porte nesse estudo, estão situados entre 100 e 500 mil habitantes, ou seja, de médio porte, com exceção para Belo Horizonte, Uberlândia, Contagem e Juiz de Fora.

Os dados demonstram que a maioria dos municípios estão na faixa populacional situada entre 100 e 130 mil habitantes, e apenas três tem população acima de 500 mil. Alguns são municípios que integram a Região Metropolitana de Belo Horizonte, tais como Contagem, Betim, Ribeirão das Neves e Sete Lagoas, e este fato deve ser relativizado nas análises.

Em vários municípios houve ampliação da cobertura populacional. Betim, por exemplo, passou de 1,98% em 2004 para 31,31% em agosto de 2010. Montes Claros apresentava cobertura populacional de 25,30% em 2002 e em 2010 apresenta cobertura populacional de 55,83% em relação a população coberta pela ESF. Santa

Luzia também é um exemplo interessante, pois apresentava cobertura populacional em 2002 de 18,11% passando para 62,19% em 2010.

É possível verificar também que em alguns municípios a cobertura populacional variou pouco. Uberlândia por exemplo, em 2003 ano da implantação, a ESF cobria cerca de 19,55% da população e em 2010 a cobertura chega a 22,65% da população mantendo-se abaixo de 25% da população tendo acesso ao atendimento pela ESF. Contagem em 2003, contava com 49,05% da população e em 2010 48,59% têm acesso a ESF. Já Divinópolis passou de 20,22% em 2002 para 25,88% em 2010.

Em alguns municípios foi possível verificar que houve queda da cobertura populacional é o caso de Ribeirão das Neves que em 2002 o PSF cobria 63,89% e em 2010 esse número caiu para 38,56% da população. Barbacena em 2002 possuía 83,38% da população coberta pelo PSF, mas em 2010 essa cobertura caiu para 65,03%. Itabira caiu de 86,45% em 2002, para 82,01 em 2010 e Vespasiano diminuiu a cobertura de 37,68% em 2003 para 31,19% em 2010. Este fato deverá ser investigado em pesquisas futuras. Os mapas 3 e 4 evidenciam a cobertura da ESF em Minas Gerais em agosto de 2010 (TABELA 1) e (MAPAS 1 e 2).

Em relação à condição de gestão do sistema municipal de saúde o que verificamos foi que a maioria dos municípios apresenta o Pacto pela Saúde e em número pequeno de municípios está presente a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Nos municípios com esta modalidade de gestão toda a rede de unidades prestadoras de serviços de saúde deve estar vinculada ao gestor municipal, que é responsável por todas as atividades de gestão dos serviços e ações de saúde do município, ambulatoriais e hospitalares, além de executar ações de vigilância sanitária, de epidemiologia e controle de doenças.

Quanto ao Pacto pela Saúde, o que se percebe é que ele funciona como um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.

As transferências dos recursos também foram modificadas, passando a serem divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde).

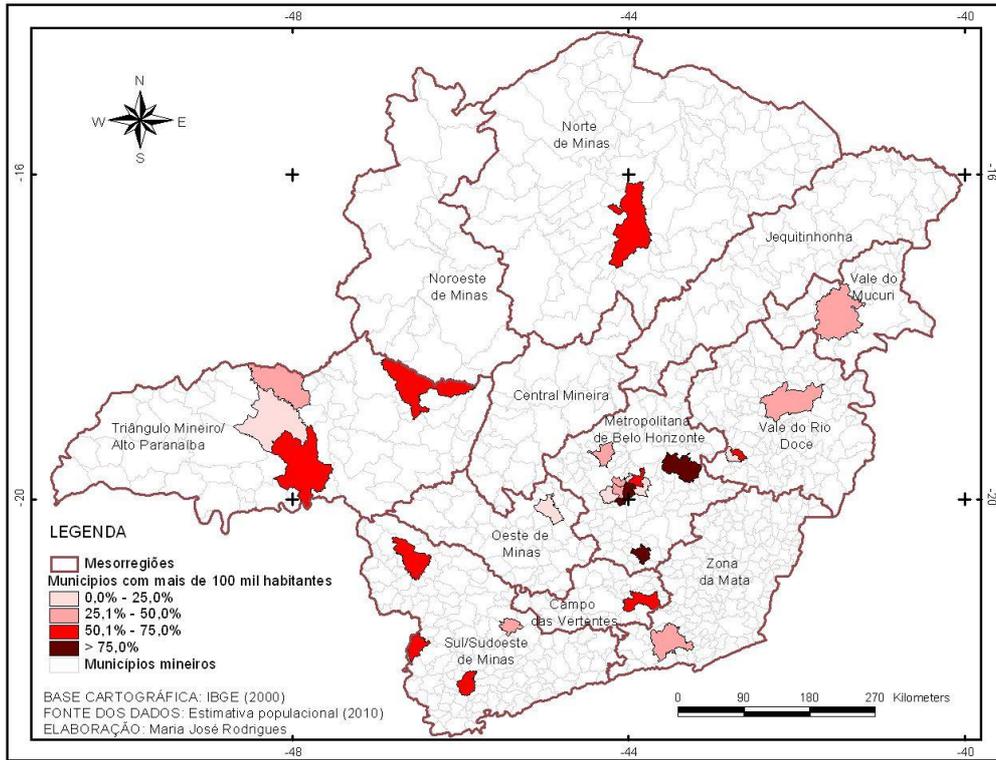
TABELA 1. ESF: situação nos municípios mineiros com população superior a 100 mil habitantes, em agosto de 2010.

Município	População, estimativa, 2009 (IBGE, 2010)	Ano base para divulgação dos dados	Cobertura populacional no ano base de divulgação dos dados	Cobertura Populacional, agosto 2010	Condição da Gestão do Sistema
1. Belo Horizonte	2.452.612	2002	58,34%	71,42%	Pacto pela Saúde
2. Uberlândia	634.349	2003	19,55%	22,65%	Pacto pela Saúde
3. Contagem	625.390	2002	49,05%	48,59%	Pacto pela Saúde
4. Juiz de Fora	526.709	2002	40,06%	47,05%	Plena do Sistema
5. Betim	441.749	2004	1,98%	31,31%	Plena do Sistema
6. Montes Claros	363.226	2002	25,30%	55,83%	Plena do Sistema
7. Ribeirão das Neves	349.306	2002	63,89%	38,56%	Plena do Sistema
8. Uberaba	296.259	2002	55,14%	58,97%	Pacto pela Saúde
9. Governados Valadares	263.278	2002	30,49%	44,72%	Pacto pela Saúde
10. Ipatinga	244.509	2002	27,10%	51,38%	Plena do Sistema
11. Santa Luzia	231.610	2002	18,11%	62,19%	Pacto pela Saúde
12. Sete Lagoas	225.362	2002	12,73%	43,56%	Pacto pela Saúde
13. Divinópolis	216.100	2002	20,22%	25,88%	Plena do Sistema
14. Ibitaré	157.441	2002	32,10%	88,87%	Pacto pela Saúde
15. Poços de Caldas	151.454	2002	12,44%	57,46%	Pacto pela Saúde
16. Patos de Minas	139.840	2002	21,86%	69,76%	Pacto pela Saúde
17. Teófilo Otoni	130.519	2002	12,06%	42,19%	Pacto pela Saúde
18. Barbacena	128.572	2002	83,38%	65,03%	Pacto pela Saúde
19. Sabará	126.195	2005	8,23%	16,52%	Pacto pela Saúde
20. Pouso Alegre	125.975	2004	18,09%	57,45%	Pacto pela Saúde
21. Varginha	121.788	2002	9,28%	37,16%	Pacto pela Saúde
22. Conselheiro Lafaiete	114.577	2002	23,15%	72,90%	Pacto pela Saúde
23. Araguari	111.110	2002	33,42%	40,65%	Pacto pela Saúde
24. Itabira	110.414	2002	86,45%	82,01%	Pacto pela Saúde
25. Passos	107.617	2002	48,96%	54,95%	Pacto pela Saúde
26. Coronel Fabriciano	105.042	2002	3,50%	13,32%	Pacto pela Saúde
27. Vespasiano	101.844	2003	37,68%	31,19%	Pacto pela Saúde

Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

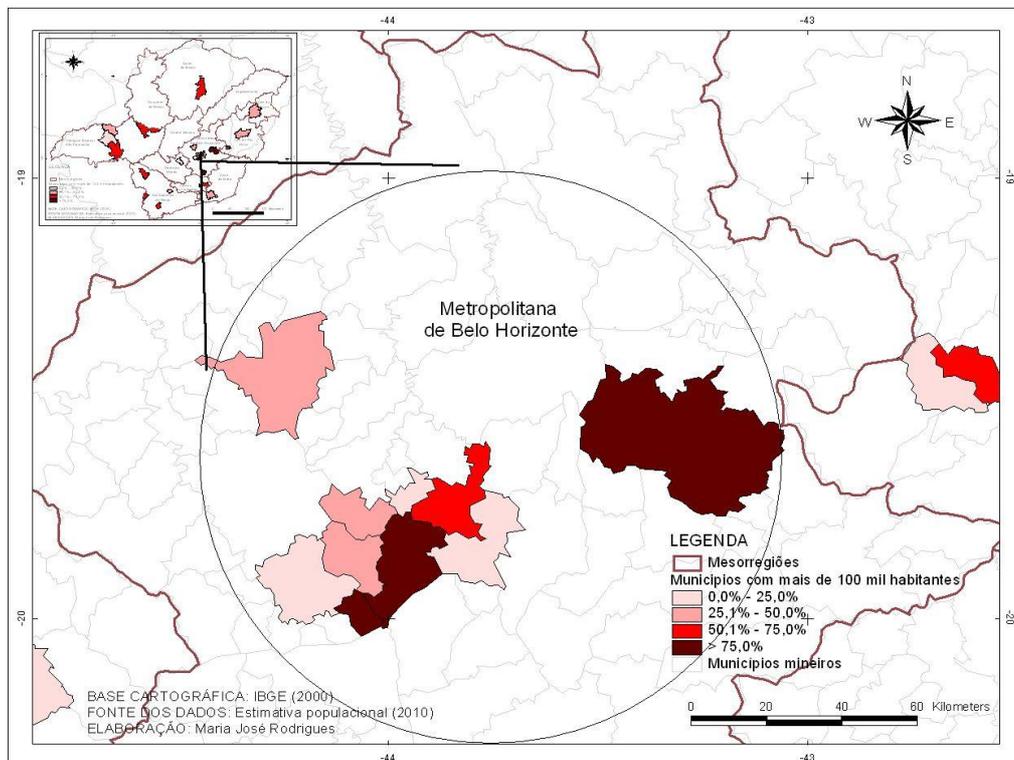
Organização: RODRIGUES, M.J., 2011.

Mapa 3. Minas Gerais: índice de cobertura da ESF nos municípios com mais de 100 mil habitantes, em 2010



Fonte dos dados: IBGE, (estimativa populacional, 2010) / Ministério da Saúde, 2011.
Autor: Maria José Rodrigues

Mapa 4. Região Metropolitana de Belo Horizonte: índice de cobertura da ESF nos municípios com mais de 100 mil habitantes, em 2010.



Fonte dos dados: IBGE, (estimativa populacional, 2010) / Ministério da Saúde, 2011.
Autor: Maria José Rodrigues

O Estado de Minas Gerais tem buscado de várias maneiras incentivar e fortalecer a Estratégia de Saúde da Família. Uma delas é a certificação, desde maio de 2010, pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) de 2800 equipes da Estratégia de Saúde da Família (PSF) em Minas Gerais. O objetivo é verificar a estrutura das equipes e as atividades realizadas. Esse trabalho não tem a finalidade de punir, mas sim de possibilitar as adequações necessárias. Porém, quem não cumprir as determinações perderá os incentivos. (MINAS GERAIS, 2010).

Todas as 28 Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS) participam do processo, e de acordo com a diretora, até agosto todas as equipes serão avaliadas, exceto aquelas que fazem parte da área de abrangências das DADS de Alfenas, Diamantina, Itabira, Ituiutaba e Pirapora, uma a vez que essas já foram monitoradas. O secretário de Estado de Saúde, Marcus Pestana, avalia esta ação como relevante para melhoria do SUS. Mencionando que a certificação e a divulgação das informações acerca das atividades realizadas são parte de um projeto maior, cuja finalidade é buscar alternativa para a melhoria da qualidade na atenção primária ofertada ao cidadão mineiro. O recebimento do incentivo estadual, inicialmente, não está condicionado à pontuação das equipes. Todos os municípios que aderirem ao Termo de Compromisso do Programa Saúde em Casa irá receber o incentivo e após um ano serão novamente certificados sendo que aqueles com deficiências serão chamados para um termo de ajuste.

O Programa Saúde em Casa, do Governo do Estado, tem como objetivo ampliar e fortalecer a Estratégia de Saúde da Família, criada pelo governo federal em 1994. Serão investidos R\$ 50 milhões/ano de recursos estaduais na qualificação de pessoal, obras, compra de equipamentos e de material de consumo. É a primeira vez que Minas Gerais coloca recursos do Tesouro na ESF.

O foco do programa é a promoção da saúde e a prevenção dos agravos. O Saúde em Casa tem metas a cumprir como reduzir o número de internações hospitalares no Estado e cumprir as metas de vacinação, atingindo uma cobertura de 95% do estipulado no calendário básico do Ministério da Saúde.

A instituição criou um instrumento (Ficha de Certificação) específico para a certificação das equipes dos 746 municípios que aderiram ao Programa Saúde em Casa. Levou-se em consideração a estrutura e o processo realizado pelas equipes. A partir de então considerou-se oportuno emitir peso para estes atributos. Para tanto definiu-se, a priori, 100 pontos, sendo que 30 foram alocados para a estrutura e 70 para os

processos. A certificação emitirá um resultado por equipe e por município, onde se espera que seja alcançado um patamar de 50% nos atributos.

A Ficha de Certificação da Equipe de Saúde da Família trata desde a estrutura física; local para esterilização, sala de vacinas, local para reuniões; até as ações desenvolvidas como assistência ao diabético, ao adolescente, ao idoso, de prevenção a DST/AIDS, entre outras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mapeamento do índice de cobertura da ESF a partir de algumas variáveis é um bom exemplo para ilustrar a funcionalidade de informações cartográficas associadas a um banco de dados. O programa ArcView torna mais simples essa integração possibilitando acessar registros de bases e visualizá-los em mapas. Produzir informações que possibilitem a elaboração de ações sanitárias mais eficazes é a grande contribuição que a Geografia tem a oferecer à área da Saúde.

Percebemos que em Minas Gerais dos 853 municípios a Estratégia de Saúde da Família está presente em 836 destes. O que corresponde a 98% dos municípios e 63% da população dos municípios mineiros, proporcionalmente é o estado com maior cobertura populacional do país. A Estratégia de Saúde da Família tem sido evidenciada como uma das mais importantes referências da organização da Atenção Básica no estado.

Percebemos ainda que dos municípios analisados cerca de 57% apresenta cobertura entre 25% e 50% e 34% possui cobertura populacional ente 50 e 75% da população. E apenas três municípios possui cobertura superior a 75% o que é recomendado pelo Ministério da Saúde já que quanto maior a cobertura do PSF para o atendimento à população maior o repasse financeiro.

Assim sendo, ainda observa-se um contraponto entre o discurso e a efetiva prática da Estratégia de Saúde da Família, evidenciado nos dados da cobertura. Além disso, verifica-se uma tendência dos governos estaduais/municipais se apropriarem politicamente da ESF, que é um programa do governo federal, criando uma identidade própria, como é o caso do Programa Saúde em Casa, do governo estadual de Minas Gerais, ou as Clínicas da Família, no município do Rio de Janeiro. Na essência esses programas incorporam a lógica organizacional e os princípios básicos da ESF, mas procuram inserirem alguns elementos novos para reforçar uma suposta identidade local.

O PROESF ao considerar municípios de grande porte (acima de 100 mil habitantes), não leva em conta a diversidade de situações existentes nessa escala demográfica, apontando ações tanto para municípios de médio porte como para grandes metrópoles com milhões de habitantes. Este fato precisa ser considerado, na medida em que se corre o risco de estimular ações inadequadas para diferentes realidades urbanas do país.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

_____. Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/96. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob.pdf>> Acesso em 24 de julho de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Situação em Saúde**. Brasília: Atenção Básica em Saúde. 2010. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>> acesso em setembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. PROESF. 2010a. Brasília: **Atenção Básica em Saúde**. 2010. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/dab/proesf/> acesso em setembro de 2010.

FRANCO, T B; MERHY; E E. **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. [S.l.], 1999. Mimeografado.

HENRIQUE, F; CALVO, M C M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):2009. p.1359-1365.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa Populacional para 2010**. Rio de Janeiro. 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> acesso em 23 de agosto de 2010.

MACINKO J, GUANAIS FC, SOUZA MF. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health**. 2006; 60: 13-9.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. **Saúde em Casa**. 2010. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa> acesso em 13 de janeiro de 2010.

_____. **Análise de situação de saúde**. Minas Gerais 2010. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, Subsecretaria de Vigilância em Saúde. 2010.

PORTELA, GZ; RIBEIRO, JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**,

16(3):1719-1732, 2011.

ROSA, R.; BRITO, J. L. S. **Introdução ao Geoprocessamento**: Sistema de Informação Geográfica. Uberlândia: UFU, 1996. 104p

SANTOS S.; PINA M.; CARVALHO M. Os Sistemas de Informações Geográficas. In Carvalho, Marília S, Pina Maria F, Santos Simone M.(Org.). **Conceitos Básicos de Sistemas de Informação Geográfica e Cartografia Aplicados à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, OPAS/OMS/. 2000.

SAITO, C. H. Geoprocessamento e modelagem de dados: uma visão crítica da concepção de orientação a objeto. **Sociedade & Natureza**, Uberlândia, 9 (18): 41-52, jul./dez.1997.

SOUZA, MF. **Programa de Saúde da Família**: Análise da desigualdade o acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciências a Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.

Recebido em: 20/05/2012.

Aceito para publicação em: 30/07/2012.