

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**  
**COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS**  
**INSTITUTO DE SAÚDE**  
**Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**Análise de indicadores de saúde e sua apropriação  
para mudança nas práticas dos profissionais da  
Atenção Básica**

**Alba Fumiko Simakawa**

**São Paulo**  
**2018**



# Análise de indicadores de saúde e sua apropriação para mudança nas práticas dos profissionais da Atenção Básica

**Alba Fumiko Simakawa**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo  
2018

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

# Análise de indicadores de saúde e sua apropriação para mudança nas práticas dos profissionais da Atenção Básica

**Alba Fumiko Simakawa**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sonia Ioyama Venâncio

São Paulo  
2018

## FICHA CATALOGRÁFICA

Simakawa, Alba Fumiko

Análise de indicadores de saúde e sua apropriação para mudança nas práticas dos profissionais da Atenção Básica, Alba Fumiko Simakawa. São Paulo, 2018.

91p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Sonia Isoyama Venâncio

1. Atenção Básica 2. Indicadores de Saúde 3. Práticas em Saúde  
I. Título

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha mãe Rosa Missako Simakawa que em toda a sua  
humildade me ensinou a importância dos estudos... e  
aos meus netos Beatriz Midori O. Morimoto e Marcos Takao O. Morimoto na tentativa  
em deixar o mesmo ensinamento....

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS pela força e coragem, meu guia sempre presente nas horas de angústia, me iluminando e propondo sempre um mundo de possibilidades...

Agradeço de coração à professora Sonia Ioyama Venâncio pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho...

... a todos os professores do Instituto pelos ensinamentos adquiridos... em especial à Ausonia um exemplo de ensinamento com doçura, sabedoria, força e carinho...

... a todos os funcionários do Instituto, em especial à Taninha querida que não mede esforços em nos ajudar...

...a todos os meus colegas de curso por partilharem essa longa caminhada...

...à Mariana dos Santos Barreto, pela amizade, auxílio, ensinamento, apoio e momentos de estudo compartilhado...

... ao Claudiney Yamaguti nosso representante da turma nota dez...

...ao amigo Tiago Costa e Geralda Vieira de Carvalho pelo companheirismo, apoio e ajuda nos momentos difíceis...

...à Secretaria de Saúde e Bem-Estar de Itapevi e a dra. Aparecida Luiza Nazi por apoiar na realização deste trabalho no município...

...aos colegas de trabalho que participaram na elaboração da cartilha...

...à Mariângela Batista que com seu jeitinho doce me fez acreditar ser possível participar deste curso de mestrado...

... por último e imensamente importante à minha família: meus filhos Fabio, Fabiano, Lissa, Lays, as noras Renata e Dariene, e aos meus netos Beatriz e Takao por entender as minhas ausências para estudar...



“O cientista não é o homem que fornece as verdadeiras respostas; é quem faz as verdadeiras perguntas”.

Claude Lévi-Strauss

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.

Marcel Proust

Simakawa AF. **Análise de indicadores de saúde e sua apropriação para mudança nas práticas dos profissionais da Atenção Básica [Dissertação de Mestrado]**. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2018.

## RESUMO

**Introdução:** O fortalecimento da Atenção Básica (AB) tem exigido constantes esforços no sentido de dirigir ações, iniciativas e projetos ao aperfeiçoamento de sua qualidade. No município de Itapevi, apesar da considerável expansão dos serviços de AB, estratégias são necessárias visando à sua qualificação. A avaliação por meio de indicadores de saúde tem sido apontada como um recurso indispensável na identificação dos horizontes a serem conquistados. **Objetivos:** Analisar os indicadores de AB do município de Itapevi, promover reflexão dos profissionais sobre a utilização dos mesmos para qualificar a AB e construir uma cartilha visando ampliar a utilização dos indicadores. **Metodologia:** Estudo com abordagem quanti e qualitativa. Os seguintes indicadores foram avaliados em uma série histórica entre 2001 a 2016, utilizando informações disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: taxa de mortalidade infantil, percentual de nascidos vivos com baixo peso, taxa de incidência de sífilis congênita, percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero, razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos, razão de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração (DIC) na população de 30 a 59 anos, percentual de óbitos por DIC na população de 30 a 59 anos, taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) na população de 30 a 59 anos, percentual de óbitos por AVC na população de 30 a 59 anos, proporção de internações por condições sensíveis a AB (ICSAB), percentual da população coberta por saúde suplementar, média de consultas por habitante/ano nas especialidades básicas. Foram realizadas três oficinas de trabalho para promover a reflexão dos profissionais de saúde sobre o impacto das práticas de saúde na AB sobre os indicadores e subsidiar a elaboração da cartilha. As oficinas foram gravadas e transcritas para análise sobre os principais obstáculos à utilização dos indicadores, utilizando a análise temática de Bardin. **Resultados:** Houve melhora no indicador da taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade e percentual de óbitos por DIC, mortalidade e percentual de óbitos por AVC, percentual de ICSAB, razão de mamografia de rastreamento e percentual de

população coberta por saúde suplementar. Estabilização nos indicadores de percentual de baixo peso ao nascer, percentual de NV de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Houve piora nos indicadores de taxa de incidência de sífilis congênita, coeficiente de mortalidade por neoplasia do colo do útero, razão de exames citopatológicos do colo uterino e média de consultas por habitante/ano nas especialidades básicas. As discussões nas oficinas identificaram como principais obstáculos para a utilização de indicadores a falta de conhecimento, problemas relacionados aos processos de trabalho e organizacionais para esse fim; houve sugestões para que a discussão e utilização da cartilha fossem inseridas nas reuniões de equipe. **Conclusão:** O estudo possibilitou a construção coletiva de uma cartilha de indicadores que poderá ser utilizada pelos profissionais e gestores com vistas à reflexão sobre os avanços e desafios para a qualificação da AB.

Descritores: Atenção Básica, Indicadores de Saúde, Práticas em Saúde.

Simakawa AF. **Analysis of health indicators and their appropriation to change the practices of Primary Care professionals [Master Thesis]**. Master's Program in Collective Health of CRH / SES-SP. São Paulo: Secretary of State for Health, 2018.

## ABSTRACT

**Introduction:** The strengthening of Primary Health Care (PHC) has required constant efforts to direct actions, initiatives and projects to improve its quality. In the municipality of Itapevi, despite the considerable expansion of PHC services, strategies are necessary in order to qualify them. Evaluation using health indicators has been identified as an indispensable resource in identifying the horizons to be achieved.

**Objectives:** To analyze the PHC indicators of the municipality of Itapevi, to promote professional reflection on the use of these indicators to qualify PHC and to construct a booklet to increase the use of indicators. **Methodology:** Study with quantitative and qualitative approach. The following indicators were evaluated in a historical series between 2001 and 2016, using information provided by the State Department of Health of São Paulo: infant mortality rate, percentage of live births weighing less than 2.5kg, incidence of congenital syphilis, percentage of live births of mothers with seven or more prenatal visits, mortality rate due to neoplasm of cervix, uterine cervical cytopathological examination in women aged 25 to 64 years, mammography ratio in women aged 50-69; mortality rate due to ischemic heart disease in the population aged 30 to 59 years, percentage of deaths due to ischemic heart disease in the population aged 30 to 59 years, stroke mortality rate in the population aged 30 to 59 years, percentage of deaths due to ischemic heart diseases in the population aged 30 to 59 years, hospitalizations due to PHC-sensitive conditions, percentage of the population covered by supplementary health, average per capita consultations in basic specialties. Three workshops were held to promote the reflection of health professionals on the impact of health practices in PHC on the indicators and to subsidize the construction of the booklet. The workshops were recorded and transcribed for analysis on the main obstacles to the use of the indicators, using the Bardin's thematic analysis. **Results:** There was an improvement in the indicators of infant mortality, mortality rate and percentage of deaths due to IHD, mortality due to stroke, percentage of deaths due to stroke, of hospitalization for conditions sensitive to PHC, screening mammography and population coverage for supplementary health. Stabilization of low birth weight

indicators, percentage of live births of mothers with seven or more prenatal consultations. There was a worsening in incidence of congenital syphilis, mortality indicators due to cervical neoplasia, cervical cytopathological exams and average per capita consultations in the basic specialties. The discussions in the workshops identified as main obstacles to the use of indicators the lack of knowledge, problems related to work processes and organizational for this purpose; there were suggestions for the discussion and use of the booklet to be inserted in the team meetings. Conclusion: The study allowed the collective construction of a booklet of indicators that could be used by professionals and managers with a view to reflection on the advances and challenges for PHC qualification.

Descriptors: Primary Health Care, Health Indicators, Health Practices.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Redes temáticas de Atenção à Saúde. ....	15
<b>Figura 2.</b> Mapa de Itapevi com as Unidades de Saúde - 2016. ....	22

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribuição da População, segundo Grupos do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS, Estado de São Paulo e Município de Itapevi – 2010. ....	21
<b>Gráfico 2.</b> Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) – Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016. ....	31
<b>Gráfico 3.</b> Percentual de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer (por cem nascidos vivos)- Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2015. ....	32
<b>Gráfico 4.</b> Taxa de incidência de sífilis congênita (por mil nascidos vivos) - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2007 a 2016. ....	34
<b>Gráfico 5.</b> Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (por cem nascidos vivos) - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2000 a 2015. ....	35
<b>Gráfico 6.</b> Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016. ....	37
<b>Gráfico 7.</b> Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos (por 1/3 das mulheres de 25 a 64 anos) - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2008 a 2016. ....	39
<b>Gráfico 8.</b> Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos (por metade das mulheres de 50 a 69 anos) - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2009 a 2016. ....	40
<b>Gráfico 9.</b> Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração (por mil habitantes) - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2001 a 2014. ....	42
<b>Gráfico 10.</b> Percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração por Itapevi, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2014. ....	43
<b>Gráfico 11.</b> Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral na faixa etária de 30 a 59 anos - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2014. ....	45
<b>Gráfico 12.</b> Percentual de óbitos por acidente vascular cerebral - Itapevi, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2016. ....	46
<b>Gráfico 13.</b> Percentual de internação por condições sensíveis à atenção básica (por cem internações) - Itapevi, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2015. ....	48
<b>Gráfico 14.</b> Percentual de cobertura de saúde suplementar - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016. ....	49
<b>Gráfico 15.</b> Média de consultas habitantes/normal por Município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2000 a 2014. ....	50

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Proporção de cobertura populacional estimada da Estratégia Saúde da Família (por cem da população coberta pelas equipes em relação à população estimada) segundo Rede Regional de Saúde 5, Município e Ano.....	23
<b>Tabela 2.</b> Média quadrienal da Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) por quadriênio segundo município, RRAS 5 - Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - período de 2001 a 2016	30
<b>Tabela 3.</b> Média quadrienal e variação das médias do Percentual de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer (por cem nascidos vivos) por quadriênio segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2000 a 2015 .....	32
<b>Tabela 4.</b> Média quadrienal e variação das médias da taxa de incidência de Sífilis congênita (por mil nascidos vivos) segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2009 a 2016 .....	33
<b>Tabela 5.</b> Média quadrienal e variação das médias do Percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas por município (por cem nascidos vivos), RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2000 a 2015 .....	35
<b>Tabela 6.</b> Média quadrienal e variação das médias do Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero (por cem mil mulheres) por município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2016 .....	36
<b>Tabela 7.</b> Média quadrienal e variação das médias da razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos (exames por um 1/3 em mulheres de 25 a 64 anos) segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2009 a 2016.....	38
<b>Tabela 8.</b> Média quadrienal e variação das médias da razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos (por metade das mulheres de 50 a 69 anos) segundo município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2009 a 2016.....	40
<b>Tabela 9.</b> Média quadrienal e variação das médias da taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração na faixa etária de 30 a 59 anos (por cem mil habitantes) por município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2014.....	41
<b>Tabela 10.</b> Média quadrienal e variação das médias do percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração na faixa etária de 30 a 59 anos (por cem óbitos na faixa etária de 30 a 59 anos) por município, RRAS5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo .....	43
<b>Tabela 11.</b> Média quadrienal e variação das médias da taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) na faixa etária de 30 a 59 anos (por cem mil habitantes) por município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2014.....	44
<b>Tabela 12.</b> Média quadrienal e variação das médias do percentual de óbitos por acidente vascular cerebral na faixa etária de 30 a 59 anos (por cem óbitos na faixa etária de 30 a 59 anos) segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016.....	46
<b>Tabela 13.</b> Média quadrienal e variação das médias do percentual de internação por condições sensíveis a atenção básica (por cem internações) por município, RRAS 5 e estado de São Paulo - 2001 a 2015 ..	47
<b>Tabela 14.</b> Média quadrienal e variação das médias do percentual de cobertura de saúde suplementar (por cem habitantes) segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016 .....	49
<b>Tabela 15.</b> Média quadrienal e variação das médias de consultas básicas por habitantes/normal segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2000 a 2014.....	50

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Oficinas por data, duração participantes, descrição e observação - Itapevi - 2017 .....	51
<b>Quadro 2.</b> Quadro síntese do desempenho dos indicadores do município de Itapevi .....	67

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
1.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	9
1.2. A ATENÇÃO BÁSICA E A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL .....	12
1.3. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA .....	12
1.4. AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	16
1.5. UTILIZAÇÃO DE INDICADORES PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA .....	17
1.6. JUSTIFICATIVA .....	20
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>23</b>
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>24</b>
3.1. ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE .....	24
3.2. OFICINAS DE TRABALHO.....	25
3.3. ELABORAÇÃO DA CARTILHA .....	28
3.4. ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS .....	29
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
4.1. ANÁLISE DA SÉRIE HISTÓRICA DOS INDICADORES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO .....	29
4.1.1. <i>Mortalidade Infantil</i> .....	29
4.1.2. <i>Percentual de Nascidos Vivos com Peso Menor que 2,5 kg</i> .....	31
4.1.3. <i>Taxa de Incidência de Sífilis Congênita</i> .....	33
4.1.4. <i>Percentual de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais Consultas de Pré-Natal</i> .....	34
4.1.5. <i>Coefficiente de Mortalidade por Neoplasia de Colo de Útero</i> .....	36
4.1.6. <i>Razão de Exames Citopatológicos do Colo de Útero em Mulheres de 25 a 64 Anos</i> .....	37
4.1.7. <i>Razão de Mamografia de Rastreamento em Mulheres de 50 a 69 Anos</i> .....	39
4.1.8. <i>Taxa de Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração – 30 a 59 Anos</i> .....	41
4.1.9. <i>Percentual de Óbitos por Doenças Isquêmicas do Coração – 30 a 59 Anos</i> .....	42
4.1.10. <i>Taxa de Mortalidade por acidente Vascular Cerebral – 30 a 59 Anos</i> .....	44
4.1.11. <i>Percentual de Óbitos por Acidente Vascular Cerebral – 30 a 59 Anos</i> .....	45
4.1.12. <i>Percentual de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Básica</i> .....	47
4.1.13. <i>Percentual da População coberta pela Saúde Suplementar</i> .....	48
4.2. REALIZAÇÃO DAS OFICINAS DE INDICADORES.....	51
4.3. ANÁLISE QUALITATIVA DAS OFICINAS.....	51
4.3.1. <i>Definição de Temas e Categorias de Análise</i> .....	52
4.4. CARTILHA DE INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA.....	59
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>60</b>
5.1. SOBRE OS INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA .....	60
5.1.1. <i>Síntese da análise dos indicadores de saúde</i> .....	67
5.2. SOBRE AS OFICINAS.....	68
5.3. SOBRE A CARTILHA .....	69
5.4. ANÁLISE DAS OFICINAS .....	70
<b>6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>72</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO 1 – CARTILHA .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO 2 – TABELA E QUADROS.....</b>	<b>83</b>



# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Vários estudos apontam que o modelo ideal de sistema de saúde é aquele que tem uma Atenção Primária à Saúde (no Brasil, chamada também de Atenção Básica em Saúde) fortalecida e qualificada, a qual disponibiliza serviços e ações que oferecem alcance de maior equidade, com maior rendimento na continuidade da atenção, ou seja, garante a assistência sem segmentação, e alcança satisfação do usuário (ALMEIDA, 2008, SILVA, 2014).

Fazendo uma breve contextualização sobre o surgimento do conceito de atenção primária em saúde (APS), em 1920 foi divulgado um “texto oficial” (Lord Dawson of Penn, 1920), após oito anos de instituição do seguro nacional de saúde na Grã-Bretanha, tratando da organização do sistema de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escolas. Neste documento, foram propostos vínculos formais entre os três níveis e descritas as funções de cada um. Essa foi a base para o conceito de regionalização: um sistema organizado de serviços, planejado para responder aos vários níveis de necessidade de serviços médicos da população. Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde decidiu pela “obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”, atualmente conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”, que ocasionou várias atividades que tiveram grande influência no pensar a respeito da atenção primária. Os princípios foram enunciados em uma conferência realizada em Alma Ata e tratada no tópico da “atenção primária à saúde”. E na trigésima reunião da Assembleia Mundial da Saúde, a atenção primária à saúde foi definida como:

*“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o*

*sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”.*  
(OMS, 1978).

A conferência de Alma Ata especificou que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional. Alguns países como Cuba, reorganizaram seus serviços para consolidar os aspectos médicos e de saúde da APS, com os novos “médicos de família”, os quais residem onde trabalham. As integrações dos serviços médicos convencionais com serviços sociais e ambientais atendem ao modelo previsto em Alma Ata (STARFIELD, 2004).

As duas metas principais que o sistema de saúde possui são: aperfeiçoar a saúde da população por meio de um estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das doenças, manejo destas e maximização da saúde; e minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de maneira que determinados grupos não estejam em desvantagem em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde. A comunidade Europeia, por ter como base uma longa tradição de luta em direção à equidade e “solidariedade”, adota em 1996 os princípios da “Carta Lubliana” proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que propõe que os sistemas de atenção em saúde deveriam ser dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, com solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados na pessoa, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e direcionados para a atenção primária (STARFIELD, 2004).

Pode-se reconhecer a APS definida como:

-Um conjunto de valores: concede direito ao mais alto nível de saúde, com solidariedade e equidade;

- Um conjunto de princípios: sobre responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social entre outros;
- Um conjunto de elementos estruturantes: atributos do sistema de serviços de saúde como acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Segundo a definição da APS sistematizada por Starfield (1992) pode-se conceituar quatro atributos essenciais dos serviços:

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acesso e utilização do serviço de saúde principalmente de cuidado a cada problema de saúde, com exceção das emergências e urgências médicas.
- Longitudinalidade: existência de uma atenção continuada, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua atenção deve se conjugar em uma relação interpessoal que propague a confiança entre os usuários e os profissionais de saúde.
- Integralidade: oferta de serviços disponíveis e prestados pela atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve ofertar para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação ajustada ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas hospitalares, entre outros.
- Coordenação da atenção: implica alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecer os problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado completo do paciente através da coordenação entre os serviços.

E outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2004):

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado.
- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- Competência cultural: adaptação da equipe e profissionais de saúde às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

## 1.2. A ATENÇÃO BÁSICA E A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Com o aumento da cobertura dos serviços de atenção primária no Brasil, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), evidencia-se, nacional e internacionalmente, crescente associação entre melhores desfechos de saúde e maior extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (STARFIELD, 2004). Com o status de política federal, a APS brasileira foi gradualmente se tornando central para a reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e importante para a agenda federal, embora tenha permanecido demasiado tempo “distante das prescrições do SUS” (FACCHINI, 2006). Sob forte condução federal, a atenção primária passou por uma fase inicial de expansão de cobertura de forma lenta e interiorizada no País, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF

). A partir de 1998 se deu uma mudança de perfil com o incentivo dado pela execução do Piso de Atenção Básica (PAB), e em 2002 foi instituído o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Entre 1998 e 2003, o governo federal aumentou o gasto com AB de 15,68% para 25,68% (UGÁ, MARQUES, 2005).

O Ministério da Saúde fez do PSF uma política governamental no período de 1998 e 2002, uma estratégia escolhida para ampliar e organizar a atenção básica no País. No período de 2003 a 2008, a atenção primária foi considerada prioridade pelo Ministério da Saúde, esta prioridade em 2003 ocasionou maiores investimentos na Atenção Básica e no PSF, com o objetivo de proporcionar maior flexibilidade para atender diferentes realidades (CASTRO, 2009).

## 1.3. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

O Departamento de Atenção Básica (DAB) buscou a ampliação do PSF para todo o país, com o foco no desenvolvimento da APS, através de expedição de portarias e regulação financeira. E com a concordância interna do governo a APS foi priorizada na gestão dos ministros da saúde: José Agenor Álvares da Silva (2006 e 2007), José Gomes Temporão (2007 a 2010) e Alexandre Padilha (2011 a 2014). A APS como

política de saúde é sensível às forças de aliança típicas do nosso sistema de governo: presidencialista e federalista, quando a APS é considerada como contra hegemônica no campo da política de saúde (SILVA & ANDRADE, 2014).

A portaria 648/GM de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para o PSF e Programa de Agentes Comunitários (PACS) (MS, 2006).

A PNAB respeita todos os princípios gerais da APS, e considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e redução de danos e sofrimentos que possam comprometer o modo saudável de viver. E como estratégia prioritária para sua organização tem a Saúde da Família de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (MS, 2006).

Definem-se como áreas estratégicas da AB: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Segundo a PNAB, as prioridades regionais devem ser definidas nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB). Para a pactuação deve ser realizado e firmado o Pacto de Indicadores da AB, tendo como objeto as metas anuais a serem alcançadas. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de AB a serem acompanhados em seus respectivos territórios (MS, 2006).

As responsabilidades dos governos municipais foram definidas para o cumprimento dos princípios da AB e organização e execução das ações em seu território. Compete ainda, às Secretarias de Estado e ao Distrito Federal: as pactuações, contribuições, elaborar metodologias e mecanismos, monitorar, avaliar as ações para viabilizar e fortalecer os municípios na organização da AB. E ao Ministério compete: contribuir para reorientação do novo modelo no País, garantir fontes de recurso, prestar assessoria aos Estados, estabelecer diretrizes nacionais, e outros mecanismos para fortalecer a AB e a estratégia de Saúde da Família no País (ESF)(MS, 2006).

Os recursos do Programa Aceleração das Cidades (PAC) na atenção primária, normatizados pela portaria nº837, de 23 de abril de 2009, integram o bloco de investimentos relativos à transferência de recursos federais para as ações e serviços no SUS. Assim regulamenta-se o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para as Equipes de Saúde da Família, e os componentes de Requalificação e

Reforma de Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre 2009 e 2011, ampliado em 2013, sendo incentivos importantes para a atenção primária.

Alguns dados refletem a evolução da estratégia Saúde da Família a partir de 2013, (ver Tabela 1 em anexo 2). Estes dados foram coletados no portal do Departamento de Atenção Básica, usados como base unidades geográficas por competência, e como competência o mês de janeiro de cada ano consultado.

A portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 aprova a nova PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o PACS.

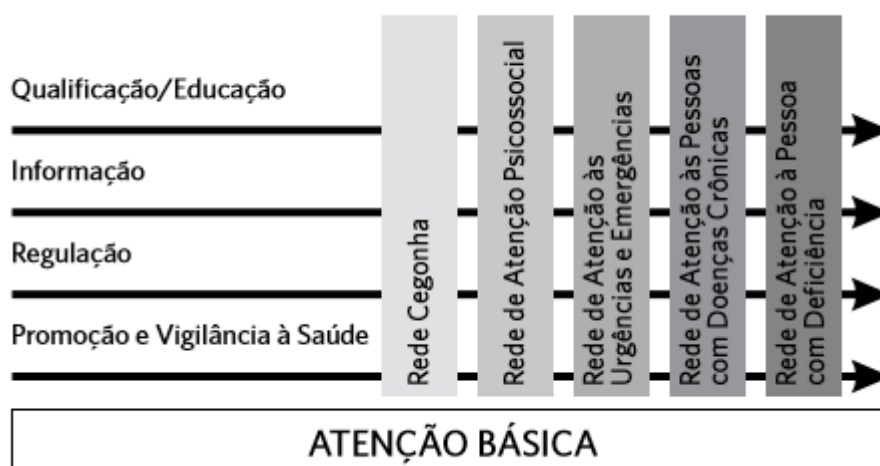
Mais recursos foram destinados com a nova PNAB, mudando o desenho do financiamento federal para a AB, passando a combinar equidade e qualidade. “Em relação à equidade, o PAB fixo diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas. Pelo viés da qualidade, induz a mudança de modelo por meio da ESF e cria um Componente de Qualidade que avalia, valoriza e premia equipes e municípios, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados, a partir da referência de padrões de acesso e qualidade pactuados de maneira tripartite” (MS, 2012)

Para uma AB fortalecida e ordenadora das Redes de Atenção: “A nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de Equipes de AB para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), facilitação das condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas”. A nova política promove articulação da AB com as iniciativas do SUS, entre elas as ações intersetoriais e de promoção, universalização do Programa Saúde na Escola (PSE), implantação de polos da Academia da Saúde, o Melhor em Casa com ações e resolubilidade da atenção domiciliar e o Telessaúde com a integração dos sistemas de informação (MS, 2012).

Contudo, apesar da APS ter alcançado resultados consideráveis ao longo da implementação de sua política, é necessário reconhecer a importância da estrutura e do financiamento, que dê condições para melhorar o acesso para a totalidade da população brasileira e que se consolide o sistema público de saúde com condições de assumir a coordenação efetiva do cuidado (SILVA & ANDRADE 2014).

A Figura 1 mostra a proposta de articulação de processos e ações para organizar o conjunto de serviços com tecnologia que poderá fortalecer o cuidado contínuo e qualificado (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

**Figura 1.** Redes temáticas de Atenção à Saúde.



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde / SAS/ MS (2014)

A portaria 2436 de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica em sua 3ª revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS.

As principais propostas para proporcionar mais resolutividade aos serviços existentes são:

- Integração das ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde, recomenda-se a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe de AB;
- Novos modelos de equipe que se adequem a realidade local, equipes de Atenção Básica (eAB), deverão ser compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares e ou técnicos

de enfermagem, podendo agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários e saúde e agentes de combate à endemias. Com carga horária mínima por categoria profissional de 10 horas, com no máximo 3 profissionais por categoria, devendo somar 40 horas semanais;

- Financiamento das eAB, com compromisso de avançar em direção à eSF;
- Aumentar o número de equipes que poderão receber suporte dos núcleos de apoio à saúde da família e atenção básica.;
- O gerente das unidades básicas de saúde deve ter formação de nível superior (preferencialmente), a proposta cria possibilidades para que os enfermeiros possam se dedicar mais as ações de assistência, ampliando o acesso aos cidadãos, caso o gerente seja um enfermeiro, a Unidade deverá possuir outro na equipe;
- O usuário poderá ser atendido em mais de uma unidade básica de saúde, possibilitará ao usuário ser atendido em uma unidade de sua escolha,
- Obrigatoriedade do uso do prontuário eletrônico na UBS;
- As unidades básicas deverão ofertar um conjunto essencial de ações e serviço como: consultas de pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, pequenos procedimentos cirúrgicos, vacinação, entre outros.

O aperfeiçoamento da PNAB contribuirá para o alcance de 80% da resolutividade da Atenção Básica (MS, 2017).

O fortalecimento da AB tem exigido constantes esforços no sentido de dirigir ações, iniciativas e projetos ao aperfeiçoamento de sua qualidade. Nesse sentido, a avaliação demonstrou ser um recurso indispensável na identificação dos horizontes a serem conquistados (MS, 2008).

#### 1.4. AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Embora os estudos mostrem que a cobertura da ESF está relacionada a melhores desfechos de saúde, muitos estudos concluem que é preciso ainda melhorar a qualidade da atenção. O estudo de Facchini et al. (2006) cita que a gestão da AB necessita de um estímulo para desenvolver a capacitação de gestores e estratégias gerenciais focadas em objetivos prioritários, com a implantação de grupos locais em avaliação e monitoramento com recursos materiais e humanos e enfrentamento dos principais



problemas do PSF, podendo melhorar o desempenho e o impacto positivo na saúde da população. (FACCHINI et al., 2006).

Segundo Viana et al. (2006) a eficácia dos sistemas municipais de saúde pode ser mensurada por meio da existência de planejamento e programação das ações de saúde com destaque para as características dos sistemas de informação e dos mecanismos de avaliação e monitoramento utilizados. Segundo esses autores, a melhoria nos componentes da eficácia dos sistemas pode contribuir para a reorganização e melhor desempenho da atenção básica. (VIANA et al., 2006)

O estudo de Feitosa et al. (2016) refere que a qualidade dos serviços de saúde é uma constante preocupação dos profissionais e seus gestores e que não basta ofertar o mínimo necessário para um serviço de saúde funcionar, são muitas as exigências provenientes tanto de gestores, profissionais ou dos usuários que rodeiam os serviços. Aponta, ainda, a possibilidades de mudança por meio de avaliações constantes como forma de encontrar as fragilidades e possíveis melhorias. (FEITOSA et al., 2016)

## 1.5. UTILIZAÇÃO DE INDICADORES PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Os indicadores são medidas que contém informação sobre determinadas qualidades e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. E a complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (RIPSA, 2008).

A utilização de indicadores de saúde permite estabelecer padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. A associação de vários indicadores e as comparações entre diferentes indicadores de distintas localidades facilitam sua compreensão. (MALIK & SCHIESARI, 1998)

Para a Organização Mundial da Saúde, esses indicadores gerais podem subdividir-se em três grupos:

1. Que tentam traduzir a saúde ou sua falta em um grupo populacional. Exemplos: razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao

nascer, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis;

2. Que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde. Exemplo: saneamento básico;

3. Que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde. Exemplos: número de unidades básicas de saúde, número de profissionais de saúde, número de leitos hospitalares e número de consultas em relação à determinada população. (MALIK & SCHIESARI, 1998)

Os indicadores consistem em uma ferramenta auxiliar na gestão da qualidade, que podem e devem ser utilizados pelos gestores e profissionais de saúde. Os indicadores de saúde da população associados a outros indicadores (econômicos, financeiros, de produção, de recursos humanos, de qualidade da assistência) relacionados a determinadas doenças, são úteis para auxiliar na avaliação de programas e serviços. Podem ser usados para: Documentação da qualidade da assistência; Comparação entre instituições e dentro de uma mesma instituição ao longo do tempo; Avaliação; Estabelecimento de prioridades; Demonstração da confiabilidade e transparência dos serviços prestados frente à sociedade; Melhoria contínua da qualidade. (MALIK & SCHIESARI, 1998)

A Secretaria do Estado de São Paulo propõe um rol de indicadores com finalidade de avaliar a Atenção Básica:

- Taxa de mortalidade infantil
- Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero
- Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração – 30 a 59 anos
- Percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração - 30 a 59 anos
- Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral – 30 a 59 anos
- Percentual de óbito por acidente vascular cerebral – 30 a 59 anos
- Percentual de nascidos vivos com peso < 2,5kg
- Taxa de incidência de sífilis congênita
- Percentual de população coberta pela saúde suplementar
- Percentual de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal

- Razão de exames citopatológicos do colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos
- Média de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas (normal e urgência)
- Média de consultas básicas em UBS, Centro e Posto de Saúde (Normal/Urgência/Total)
- Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos.

Este rol de indicadores de avaliação da Atenção Básica apresenta-se disponível no *site* da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o que nos permite através da ferramenta de tabulação on line TABNET, monitorar cada um destes indicadores (SES, 2016).

Considerando que o trabalho em equipe é dependente de saberes, poderes e afetos, as informações fazem parte de maneira inseparável neste contexto em conexão. E a análise das informações é um indicativo do padrão de convívio dos sujeitos no trabalho, explicando e revendo as divergências produzidas pelo saber-poder. Esse território de diferenças e disputas torna-se ‘o terreno-base’ no qual a informação pode assumir papel estratégico nos esforços para mudar os modos de inserção e reinserção, posicionamento e reposicionamento como equipes. A informação serve como potente analisador e organizador do trabalho em saúde, em meio às contradições dos modelos de atenção e gestão. Os modelos propõem e exigem cada vez mais a participação dos trabalhadores, atuando como sujeitos da informação e da ação. A análise da rotina das unidades de saúde indica o desconhecimento e a pouca governabilidade das equipes de saúde em relação à definição de metas e indicadores que norteiam seu próprio trabalho, decorrente da limitação no aspecto da informação como um guia. Isto se deve à falta de autonomia local para as definições de metas e indicadores e, pela insuficiência de formas participativas de discutir e promover a apropriação da informação para avaliação, planejamento e decisão no nível local. É nessa esfera que se pode problematizar o fato de os trabalhadores desconhecerem os próprios eixos avaliativos pelos quais são avaliados, isto é, quais os elementos avaliativos que a instituição utiliza para acompanhar e monitorar o seu desempenho. Este cenário se torna potencial gerador de outros modos de organização e relações de trabalho, também como trazendo desafios

de produzir outras maneiras, métodos inovadores, compartilhados de se lidar com informação na avaliação do trabalho (SANTOS FILHO, 2011).

Estudos sobre o uso do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) mostram que existem fragilidades com o uso do formulário apenas para registro e capacitação insuficiente das equipes. Porém, o SIAB é referido como principal sistema de informação da saúde, sendo que suas informações podem e devem ser utilizadas para o planejamento das ações de saúde, auxiliando a gestão municipal e as ações em saúde das equipes, qualificando a atenção em saúde da comunidade (CARRENO et al. 2015).

Tanto Figueiredo et al. (2010) como Marcolino e Scochi (2010) constatam que os profissionais compreendem a finalidade do SIAB, mas o uso se limita ao registro de informações, o mesmo não sendo utilizado para planejamento e avaliação de ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde nas equipes estudadas, perdendo desta forma a oportunidade de utilizar as informações para intervenção baseada nas necessidades locais.

Sendo assim, embora se identifique a necessidade de utilização das informações e indicadores para a melhoria da qualidade da AB, existe uma lacuna entre a disponibilidade dessas informações e sua real utilização pelas equipes de AB.

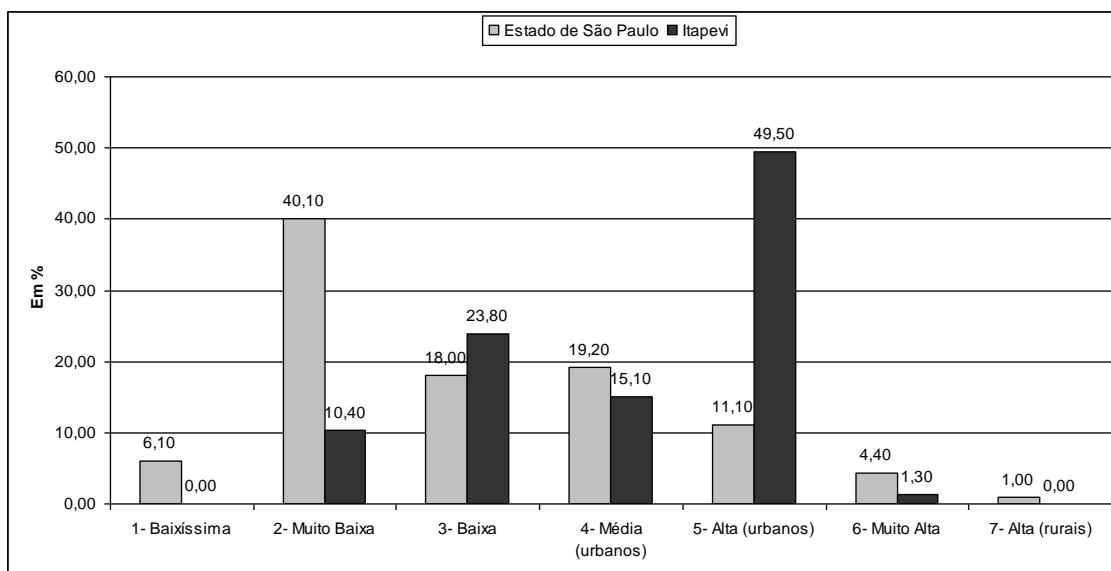
## 1.6. JUSTIFICATIVA

O Município de Itapevi, que integra a Região Metropolitana de São Paulo, possuía, em 2010, 200.741 habitantes e em 2015, uma população estimada de 223.404 habitantes (IBGE, 2015). A análise das condições de vida de seus habitantes mostra que a renda domiciliar média era de R\$1.654,00 sendo que em 24,0% dos domicílios não ultrapassava meio salário mínimo per capita. Em relação aos indicadores demográficos, a idade média dos chefes de domicílios era de 42 anos e aqueles com menos de 30 anos representavam 19,9% do total. Dentre as mulheres responsáveis pelo domicílio 20,5% tinham até 30 anos, e a parcela de crianças com menos de seis anos equivalia a 10,0% do total da população (IBGE,2010).

Os sete grupos do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social resumem as situações de maior ou menor vulnerabilidade às quais a população se encontra exposta

(Gráfico1), a partir de um gradiente das condições socioeconômicas e do perfil demográfico. As características desses grupos, no município de Itapevi, são apresentadas a seguir.

**Gráfico 1.** Distribuição da População, segundo Grupos do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS, Estado de São Paulo e Município de Itapevi – 2010.



Fonte: IBGE. Censo Demográfico; Fundação Seade.

Nota: Todos os setores censitários do município foram considerados urbanos.

Nas edições de 2010 e 2012 do Índice Paulista Responsabilidade Social, Itapevi classificou-se no Grupo 2, que agrega os municípios bem posicionados na dimensão riqueza com a 15ª posição no ranking dos municípios paulistas, mas com deficiência em pelo menos um dos indicadores sociais (longevidade ocupando a 409ª posição e escolaridade ocupando a 611ª posição).

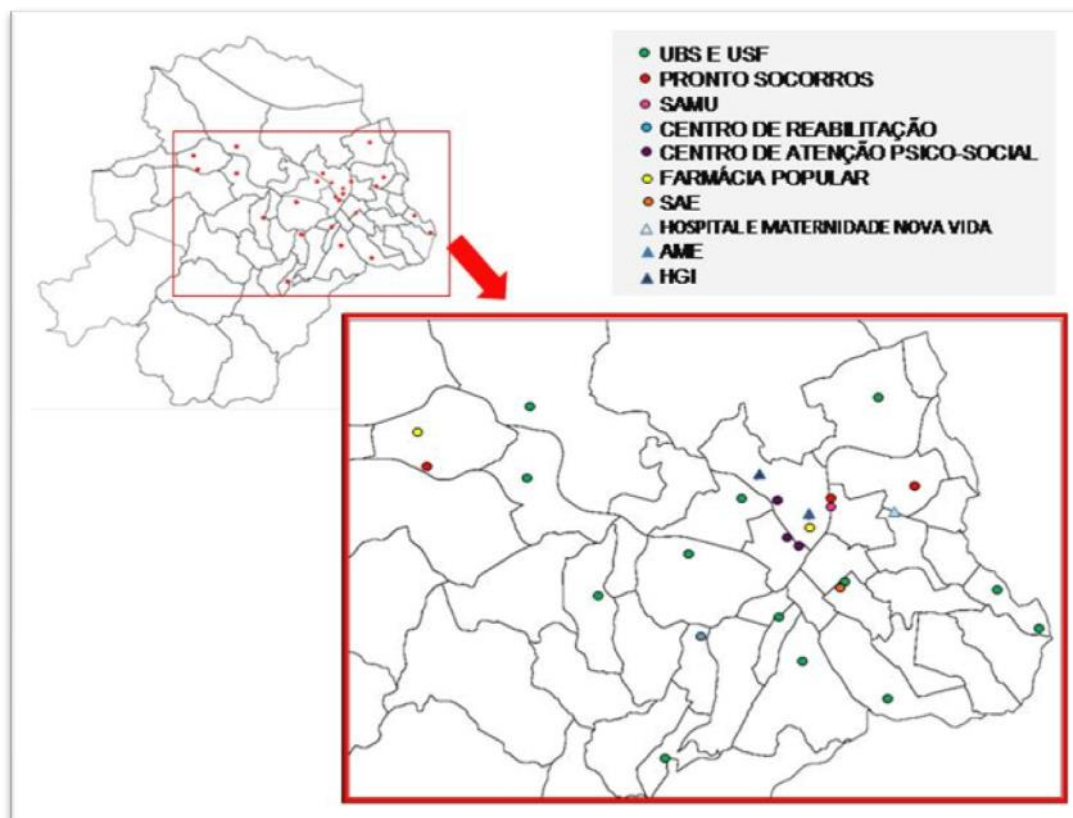
Itapevi é considerado um município jovem, sua emancipação em relação à Cotia aconteceu apenas em 1958, e, assim como na maioria dos municípios brasileiros, as políticas públicas ainda estão sendo implantadas e implementadas em seus diversos setores.

Uma das dificuldades em relação à saúde é a Atenção Básica fragilizada. Itapevi iniciou a implantação de ESF no ano de 2001 e de forma crescente; em 2006, contava com 7 unidades nos moldes da ESF com 12 equipes de Saúde da Família. Um grande esforço foi feito no sentido de manter médicos generalistas com carga horária de 40 horas semanais, porém em 2009 o município não conseguiu alcançar esse objetivo, por

não conseguir competir com a oferta do mercado regional. Assim em um retrocesso, as 12 equipes passaram de ESF à PACS. Com o objetivo de fortalecer esse segmento e dentro da proposta de organizar os serviços com foco no modelo Estratégia de Saúde da Família, o município aderiu ao “Programa Mais Médicos” nos anos de 2013 e 2014. Para qualificação de estrutura física participou do Programa de Aceleração das Cidades (2011 a 2016) e construiu 4 unidades de saúde, 3 unidades novas substituíram as que eram locadas, e uma unidade nova foi inaugurada. Também houve reformas e ampliação das unidades existentes. Nesse período, com adesão a convênios de programas e emendas parlamentares as unidades foram contempladas com mobiliários e equipamentos.

A Rede Básica de Saúde atual é composta por 9 Unidades de Saúde da Família (USF) e 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS). O município não possui NASF. Com a adesão ao “Programa Mais Médicos”, contamos com 21 médicos intercambistas cubanos, lotados em 1 equipe de transição, 5 equipes de saúde da família com saúde bucal, e 15 equipes de saúde da família (CNESWEB 2016).

**Figura 2.** Mapa de Itapevi com as Unidades de Saúde - 2016.



Fonte: Google maps - UAC local; 2016.

A evolução de cobertura de ESF na Rede Regional de Assistência à Saúde (RRAS) 5 – Rota dos Bandeirantes é apresentada na Tabela 2. Os dados foram coletados no portal do Departamento de Atenção Básica, usando como base os municípios da RRAS 5, e como competência o mês de janeiro de cada ano consultado.

**Tabela 1.** *Proporção de cobertura populacional estimada da Estratégia Saúde da Família (por cem da população coberta pelas equipes em relação à população estimada) segundo Rede Regional de Saúde 5, Município e Ano*

Região	Município	Cobertura ESF/Ano				
		2013	2014	2015	2016	2017
RRAS 5	Barueri	-	2,8	11,2	46,3	2,6
	Carapicuíba	-	0,9	14,8	33,3	-
	Itapevi	-	3,3	25,0	30,1	30,5
	Jandira	-	9,3	12,4	43,6	28,7
	Osasco	-	6,2	13,4	27,3	22,8
	Pirapora do Bom Jesus	21,6	21,2	21,2	42,5	57,8
	Santana de Parnaíba	6,2	6,1	6,1	6,1	8,0
<b>Cobertura RRAS 5</b>		0,6	4,6	14,3	31,4	15,7
<b>Cobertura Estado SP</b>		30,5	31,5	38,4	39,9	38,4

Fonte: elaborado pela autora com base na coleta de dados do portal do departamento de AB e e-gestorab – acesso em 30/11/2017.

Ao longo do último mandato (2013-2016) houve diversas mudanças como a troca de 8 secretários na gestão da Secretaria de Saúde e, neste contexto, a Atenção Básica ficou ainda mais fragilizada. Assim, programar estratégias que possam qualificar o serviço prestado é de extrema importância e mostra-se em sintonia com as recomendações atuais do Ministério da Saúde.

A questão norteadora dessa pesquisa é:

“Os indicadores de saúde poderiam ser mais utilizados pelas equipes da AB para a qualificação de suas ações?”

## 2. OBJETIVOS

Analisar os indicadores de saúde do município de Itapevi e promover a reflexão dos profissionais de saúde sobre a utilização dos mesmos para qualificar a Atenção Básica.

### 2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a série histórica dos indicadores da Atenção Básica do município;
- Apresentar os indicadores aos profissionais de saúde do município,
- Discutir essas informações com os profissionais de saúde do município, visando à apropriação dos indicadores para a qualificação das ações de saúde;
- Analisar as dúvidas e principais barreiras à utilização dos indicadores na visão dos profissionais.
- Elaborar uma cartilha de orientação para o uso de indicadores com os profissionais de saúde.

## 3. METODOLOGIA

Esse estudo teve abordagem quantitativa (por meio de análise de indicadores de saúde do município) e qualitativa (por meio da realização de oficinas de trabalho que tiveram como objetivo promover a reflexão dos profissionais de saúde sobre o impacto das práticas de saúde na Atenção Básica sobre os indicadores e subsidiar a construção de uma cartilha).

### 3.1. ANÁLISE DOS INDICADORES DE SAÚDE

Foi realizada uma análise do rol de indicadores de avaliação da Atenção Básica propostos pela SES-SP, relativos ao município de Itapevi, em uma série histórica de 16 anos (2001 a 2016). Para alguns indicadores a série histórica não teve dados suficientes para o estudo de 16 anos, como a incidência de sífilis congênita, razão de exames citopatológicos do colo de útero e razão de mamografia de rastreamento. Dos 14 indicadores de avaliação da atenção básica sugeridos pela secretaria de estado, o indicador de “Média de consultas básicas em UBS, Centro e Posto de Saúde (Normal/Urgência/Total)” foi substituído pelo indicador de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica. E no indicador de “Média de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas (normal e urgência)” foram consideradas apenas as consultas normais. Os indicadores municipais foram comparados com a RRAS 5 – Rota dos Bandeirantes e com o estado de São Paulo. Os dados foram pesquisados através do site da Secretaria do Estado (<http://portal.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes->



de-saude/rol-de-indicadores-de-avaliacao-da-atencao-basica), utilizando o TabNet (ferramenta desenvolvida pelo DATASUS que possibilita a tabulação dos dados dos diversos sistemas de informação). O método do cálculo de cada indicador encontra-se no Anexo 2.

Os indicadores foram subdivididos em 4 grupos por refletirem atenção a cuidados comuns:

Grupo 1. Indicadores que refletem a atenção à linha de cuidado materno infantil,

Grupo 2. Indicadores que refletem a atenção à linha de cuidado da saúde da mulher,

Grupo 3. Indicadores que refletem a atenção à linha de cuidado a doenças crônicas e

Grupo 4. Indicadores que refletem o acesso e a qualidade da atenção em saúde.

Para melhor visualização dos dados coletados, a apresentação foi proposta em forma de Tabelas e Gráficos.

Para definir o desempenho do município em relação aos indicadores utilizou-se a média agrupada de quatro anos e calculada a variação do período analisado.

### 3.2. OFICINAS DE TRABALHO

Foram realizadas três oficinas de trabalho, as quais contaram com a participação de representantes das unidades de saúde, coordenador de enfermagem, coordenador de vigilância epidemiológica do município de Itapevi e a articuladora da Atenção Básica da região.

A realização de oficinas de trabalho permitiu uma relação horizontal entre participantes e pesquisadora. As oficinas possibilitam discutir um tema perpassando trajetórias facilitadoras, problematização das questões, troca de conhecimentos, análise e discussão dos conteúdos (CHIESA & WESTPHAL, 1995).

Na primeira oficina foi feita uma breve apresentação do projeto, dos objetivos da 1ª Oficina e uma apresentação dos indicadores que foram analisados e porque foram selecionados. A seguir os participantes foram convidados a refletir sobre o impacto que as práticas de saúde, no âmbito da Atenção Básica, têm sobre esses indicadores.

Foi apresentada a metodologia de trabalho com a divisão dos participantes em 4 grupos:

**GRUPO 1.** Indicadores que refletem a atenção a linha de cuidado materno infantil, com os seguintes indicadores:

- ✓ Taxa de mortalidade infantil
- ✓ Percentual de nascidos vivos com peso < 2,5kg
- ✓ Taxa de incidência de sífilis congênita
- ✓ Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal

**GRUPO 2.** Indicadores que refletem a atenção a linha de cuidado da saúde da mulher, com os seguintes indicadores:

- ✓ Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero
- ✓ Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos
- ✓ Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos

**GRUPO 3.** Indicadores que refletem a atenção à linha de cuidado a doenças crônicas, com os seguintes indicadores:

- ✓ Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração – 30 a 59 anos
- ✓ Percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração – 30 a 59 anos
- ✓ Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral – 30 a 59 anos
- ✓ Percentual de óbitos por acidente vascular cerebral – 30 a 59 anos

**GRUPO 4.** Indicadores que refletem o acesso e a qualidade da atenção em saúde, com os seguintes indicadores:

- ✓ Percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)
- ✓ Percentual da população coberta pela saúde suplementar
- ✓ Média de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas (normal)

Cada grupo recebeu uma pasta contendo o material para análise e discutiram seu conjunto de indicadores seguindo um roteiro. O roteiro foi elaborado com 5 perguntas:

1. Como foi a evolução do indicador no município, aumentou, diminui ou não mudou no período analisado?
2. No último ano do período analisado a situação do município é igual, melhor ou pior quando comparado à média da Região de Saúde?
3. No último ano do período analisado a situação do município é igual, melhor ou pior quando comparado à média do Estado de São Paulo?
4. Qual a cor escolhida para este indicador considerando as cores: vermelho – avaliação negativa, amarelo – sinal de alerta e verde – avaliação positiva?
5. O que poderia ser feito na Atenção Básica para melhorar este indicador?

Após discussão, cada grupo apresentou em plenária as respostas às questões do roteiro, e responderam ao final à seguinte pergunta:

- ✓ **Os indicadores são utilizados pelas equipes de Atenção Básica para qualificação de sua prática? Quais as principais barreiras?**

Na segunda oficina foram realizadas discussões voltadas à construção da cartilha buscando identificar os principais obstáculos à utilização dos indicadores para a qualificação das práticas de saúde. Foi proposta uma discussão das práticas que são realizadas na unidade que tenham relação com cada indicador apresentado, e sob o olhar dos profissionais, se existem ou se enxergam possibilidades de propostas que possam melhorar estas práticas.

Realizou-se uma breve apresentação dos objetivos da oficina e da proposta de trabalho. A seguir os participantes foram divididos em 2 grupos:

**GRUPO 1.** Proposta de sugestões e melhorias para os grupos de indicadores que:

- ✓ Refletem a atenção a linha de cuidado materno infantil
- ✓ Refletem o acesso e a qualidade da atenção em saúde.

**GRUPO 2.** Proposta de sugestões e melhorias para os grupos de indicadores que:

- ✓ Refletem a atenção a linha de cuidado da saúde da mulher
- ✓ Refletem a atenção a linha de cuidado a doenças crônicas.

Cada grupo, recebeu o conjunto de indicadores e discutiu/complementou o que foi trabalhado na oficina 1 em relação as ações que já fazem e o que poderia ser feito na sua rotina de trabalho.

Após discussão cada grupo apresentou em plenária as respostas às questões do roteiro, e responderam a seguinte pergunta:

- ✓ **Como foi utilizar indicadores de saúde para pensar em qualificar as ações e práticas de saúde como foi feito hoje?**

Na terceira oficina foi feita uma breve apresentação dos objetivos da Oficina 3 e apresentação da proposta de trabalho. Apresentou-se um esboço da cartilha, buscando captar sugestões para o seu aprimoramento. A cartilha foi apresentada aos profissionais participantes para uma avaliação do conteúdo e verificar se a linguagem utilizada está adequada para a compreensão e utilização na rotina do dia a dia dos profissionais.

Foi proposta a divisão em 2 grupos, mas como o número de participantes foi reduzido, decidiu-se fazer a discussão em um único grupo. Os participantes receberam a cartilha, fizeram uma avaliação do conteúdo, apontaram sugestões para o seu aprimoramento e validaram sua utilidade na unidade. Ao final da plenária os participantes responderam as seguintes perguntas:

- ✓ **Como foi participar da oficina de Indicadores?**
- ✓ **Qual sua sugestão para o uso da cartilha?**

### 3.3. ELABORAÇÃO DA CARTILHA

A cartilha foi elaborada com base nas discussões gravadas e transcritas das oficinas 1 e 2, as quais identificaram as principais dificuldades para compreensão dos indicadores.

Foi elaborada utilizando uma linguagem acessível, estrutura e Gráficos para facilitar a compreensão. Para sintetizar as discussões do grupo foi utilizada a proposta de cores para avaliar os resultados dos indicadores, por ser amplamente utilizada, na qual o verde simboliza avanços, o amarelo simboliza situação de alerta e o vermelho sinaliza uma situação ruim.

A cartilha tem como objetivo provocar nos profissionais a apropriação dos indicadores e sua responsabilidade nas práticas que influenciam o resultado dos mesmos. A versão final da cartilha será apresentada ao gestor com a proposta de ser disponibilizada para toda a rede de saúde do município.

### 3.4. ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

As oficinas foram gravadas, permitindo a análise das dúvidas e principais barreiras à utilização dos indicadores na visão dos profissionais. Após a transcrição, passou-se à fase de leitura, caracterizada por estabelecer contato com os documentos a analisar e conhecer o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações. Também chamada de leitura flutuante, pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes. (BARDIN, 1977)

Foi usada a análise temática de conteúdo, proposta por Laurence Bardin, que define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, estes saberes deduzidos podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica, econômica; sendo necessário complementar o segmento de definições adquiridas, pondo em evidência a finalidade (implícita ou explícita) (BARDIN, 1977).

## 4. RESULTADOS

### 4.1. ANÁLISE DA SÉRIE HISTÓRICA DOS INDICADORES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

#### 4.1.1. Mortalidade Infantil

A série histórica (2001 a 2016) analisada mostra a evolução deste indicador nos sete municípios que compõem a Região, a média da RRAS 5 (Rota dos Bandeirantes) e a média do Estado de São Paulo, permitindo uma comparação da situação do município

de Itapevi em relação aos outros municípios, região e ao Estado. Os dados de Itapevi não diferem dos outros municípios da região, que também apresentam oscilações ao longo do período analisado (Tabela 2 em Anexo 2).

A comparação das médias do período de 2001-20014 com 2005-2008 mostrou aumento de 0,67, já a comparação das médias dos períodos de 2009-2012 e 2013-2016 mostrou redução de 2,86 no coeficiente de mortalidade infantil. Porém, apesar da redução identificada na análise das taxas agrupadas por quadriênio, o município apresenta o segundo pior resultado em relação aos outros municípios da região e indicadores piores que o da RRAS 5 e o Estado de São Paulo em 2016, conforme mostra a Tabela 2.

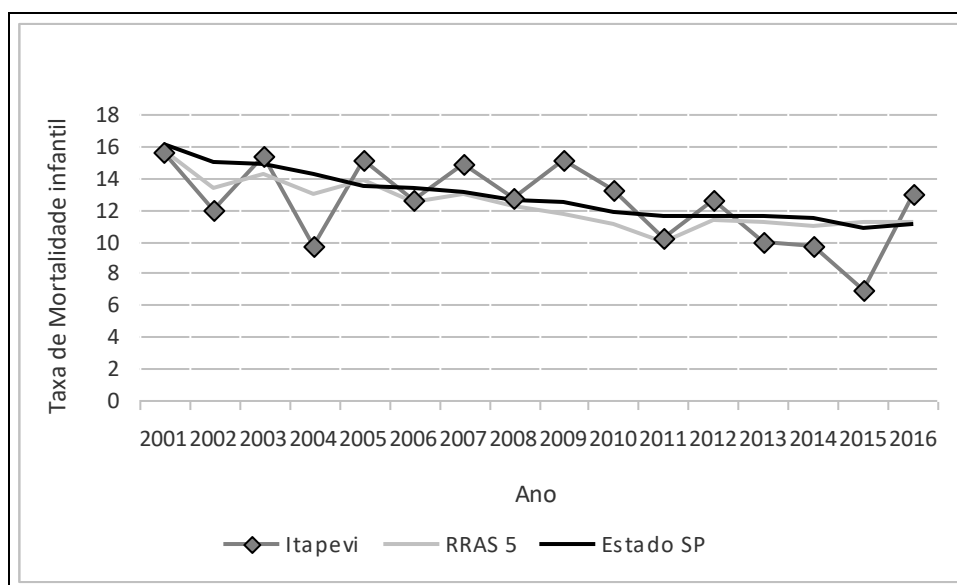
Vale a pena ressaltar ainda que houve aumento do coeficiente de 2015 para 2016, conforme ilustra o Gráfico 2.

**Tabela 2.** Média quadrienal da Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) por quadriênio segundo município, RRAS 5 - Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - período de 2001 a 2016

Município, Região e Estado	Média e variação das Tx de Mortalidade Infantil							
	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação
	2001-2004	2005-2008			2009-2012	2013-2016		
Barueri	10,49	10,03	-0,46	4,39	8,80	9,85	1,05	11,93
Carapicuíba	14,24	12,56	-1,68	6,18	9,68	11,46	1,78	9,68
Itapevi	13,14	13,81	0,67	5,10	12,76	9,90	-2,86	22,42
Jandira	17,79	14,94	-2,84	15,97	9,58	11,50	1,92	20,04
Osasco	15,91	13,84	-2,07	13,01	12,58	12,45	-0,13	1,03
Pirapora do Bom Jesus	16,89	15,76	-1,13	6,69	20,85	8,80	-12,05	57,80
Santana de Parnaíba	7,86	11,65	3,79	48,22	10,65	9,81	-0,84	7,89
RRAS 5	14,05	12,88	-1,18	8,40	11,04	11,15	0,10	9,05
<b>Estado SP</b>	<b>15,05</b>	<b>13,09</b>	<b>-1,97</b>	<b>13,09</b>	<b>11,86</b>	<b>11,22</b>	<b>-0,65</b>	<b>5,48</b>

**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2017)

**Gráfico 2.** Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) – Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016



**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em junho de 2017)

#### 4.1.2. Percentual de Nascidos Vivos com Peso Menor que 2,5 kg

O percentual de nascidos vivos com peso menor que 2,5kg em Itapevi no período analisado não apresentou grandes oscilações, apresentando uma queda nos anos de 2014 e 2015 (ver Tabela 3 em Anexo 2). No ano de 2015 situou-se na terceira melhor posição em relação aos outros municípios da região, pior em relação à RRAS 5 e pouco melhor em relação ao Estado de São Paulo. Na análise da série histórica chama a atenção que, em geral no período de 2000 a 2007, Itapevi é um dos municípios com proporção de baixo peso superior aos demais municípios da Região e ao Estado. No período de 2012 a 2015 Itapevi apresenta melhoria pouco significativa em torno de 9,68% em relação ao período de 2008 a 2011, como podemos verificar quando calculamos a variação da média quadrienal do período analisado conforme Tabela 3.

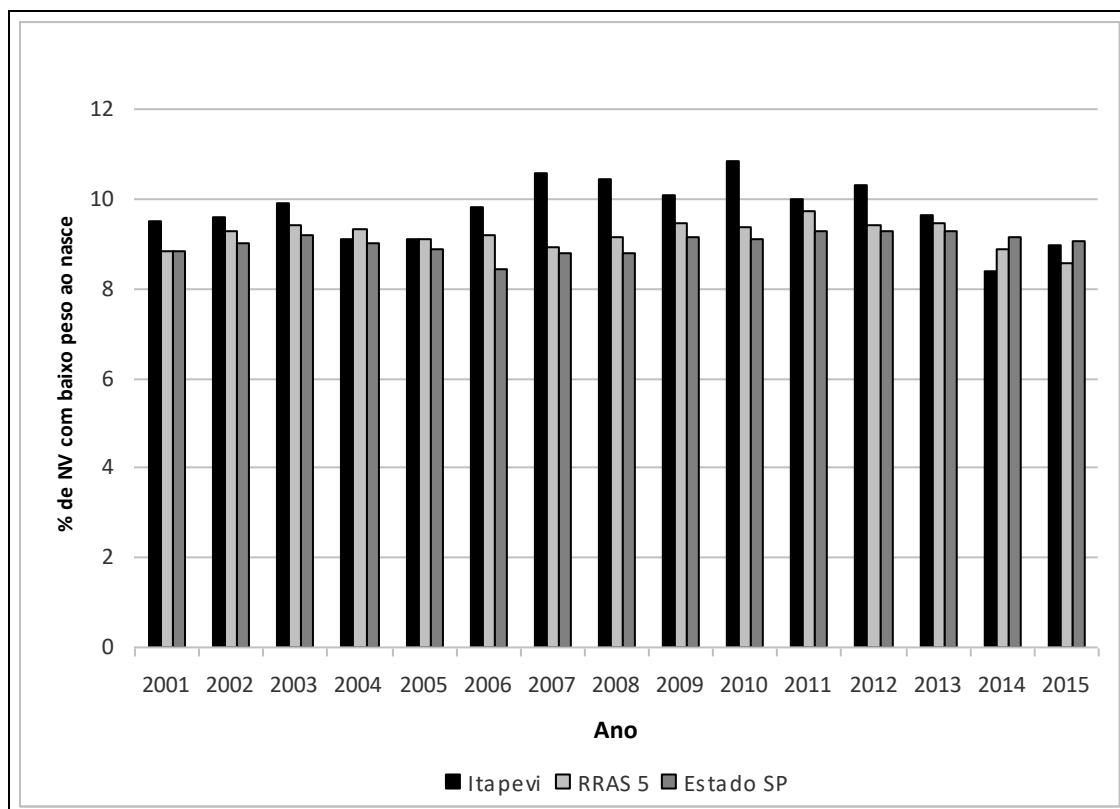
Os percentuais ao longo do tempo são muito próximos, ou seja, este indicador não teve melhora significativa ao longo do período analisado, conforme Gráfico 3.

**Tabela 3.** Média quadrienal e variação das médias do Percentual de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer (por cem nascidos vivos) por quadriênio segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2000 a 2015

Município, Região e Estado	Média e variação do percentual de NV com bx peso ao nascer							
	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação
	2000 - 2003	2004-2007			2008-2011	2012-2015		
Barueri	8,43	8,15	-0,29	3,44	8,71	8,45	-0,26	2,98
Carapicuíba	9,24	9,46	0,22	2,38	9,25	9,42	0,17	1,84
Itapevi	9,25	9,65	0,40	4,32	10,33	9,33	-1,00	9,68
Jandira	8,61	8,22	-0,39	4,53	8,73	8,32	-0,41	4,70
Osasco	9,15	9,46	0,31	3,39	9,66	9,35	-0,31	3,21
Pirapora do Bom Jesus	9,80	10,07	0,27	2,76	8,85	9,47	0,62	7,00
Santana de Parnaíba	9,12	8,35	-0,77	8,45	9,65	8,47	-1,18	12,23
RRAS 5	9,03	9,14	0,11	1,22	9,42	9,08	-0,34	3,61
<b>Estado SP</b>	<b>8,89</b>	<b>8,78</b>	<b>-0,10</b>	<b>1,12</b>	<b>9,09</b>	<b>9,19</b>	<b>0,10</b>	<b>1,10</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Gráfico 3.** Percentual de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer (por cem nascidos vivos)- Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2015



Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)



#### 4.1.3. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita

A incidência de sífilis congênita no município de Itapevi apresentou bastante oscilação, com picos de aumento nos anos de 2011 (5,63) e 2013 (9,92). A partir desse ano houve queda da incidência, com novo aumento em 2016 (3,91). Na Tabela 4. Podemos perceber uma variação positiva de 1,12 (34,30%) das médias de quatro anos do período de 2009 a 2012 e 2013 a 2016, ou seja, houve aumento na taxa de incidência de sífilis congênita no município.

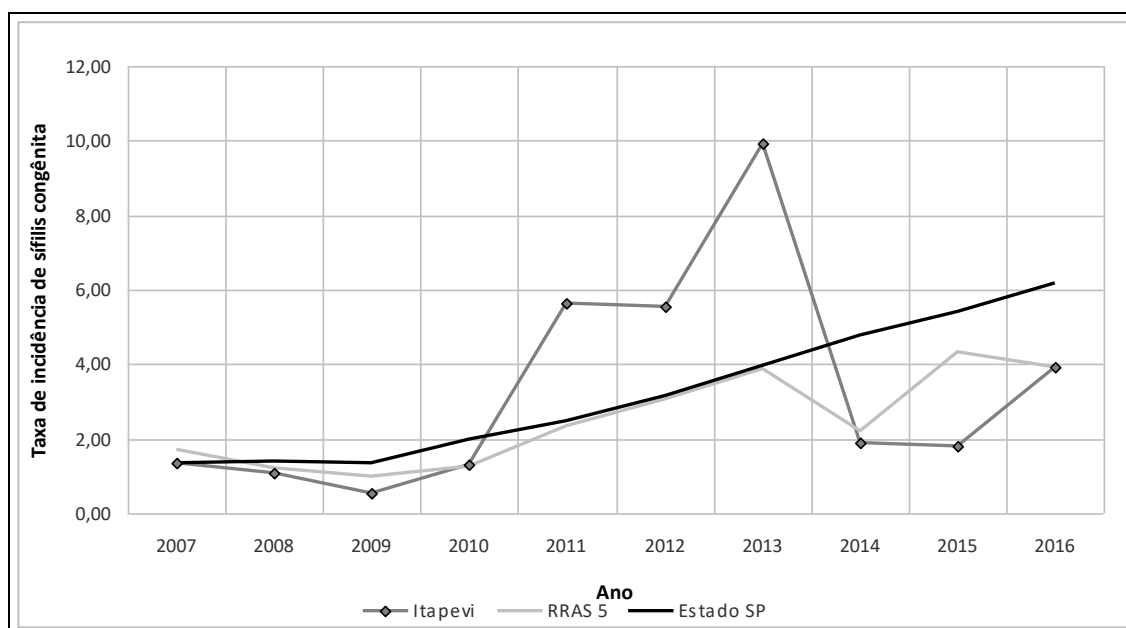
No ano de 2016 Itapevi apresentou a terceira pior taxa de incidência de sífilis congênita no ranking dos sete municípios da região (ver Tabela 4 em Anexo 2) e indicador melhor comparado à RRAS 5 e ao Estado de São Paulo como mostra o Gráfico 4.

**Tabela 4.** Média quadrienal e variação das médias da taxa de incidência de Sífilis congênita (por mil nascidos vivos) segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2009 a 2016

Município, Região e Estado	Média e variação da taxa de incidência de sífilis congênita			
	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação
	2009 - 2012	2013 - 2016		
Barueri	0,68	1,25	0,57	83,23
Carapicuíba	1,49	5,01	3,52	236,24
RRAS 5 Itapevi	3,27	4,39	1,12	34,30
Jandira	1,46	2,66	1,20	82,19
Osasco	2,55	4,19	1,64	64,38
Pirapora do Bom Jesus	1,22	2,93	1,71	140,16
Santana de Parnaíba	1,36	1,63	0,26	19,08
RRAS 5	1,92	3,59	1,67	86,98
<b>Estado SP</b>	<b>2,24</b>	<b>5,09</b>	<b>2,85</b>	<b>127,23</b>

**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em junho de 2017)

**Gráfico 4.** Taxa de incidência de sífilis congênita (por mil nascidos vivos) - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2007 a 2016



**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

#### 4.1.4. Percentual de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais Consultas de Pré-Natal

O percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal no período avaliado apresenta uma evolução ascendente entre 2002 (50,81) e 2008 (70,15), seguida de estabilização e queda entre 2014 e 2015 (ver Tabela 5 em Anexo 2). Na análise de médias agrupadas por quadriênio, apresentou variação negativa de 3,28 (4,77%), pouco significativa para o período analisado de 2008 a 2015 conforme Tabela 5.

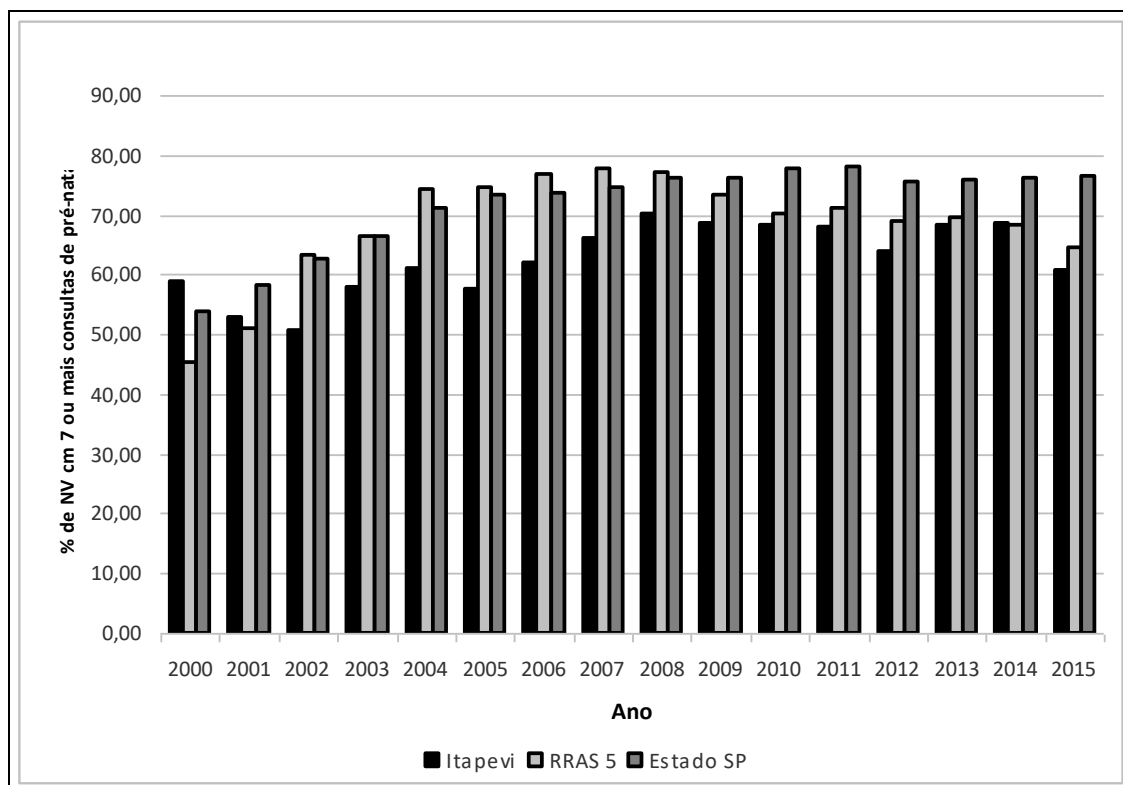
No ano de 2015 o indicador de Itapevi está em quinto lugar no ranking dos sete municípios da região, apresenta situação pior comparada à média da RRAS 5 e à média do Estado de São Paulo conforme Gráfico 5.

**Tabela 5.** Média quadrienal e variação das médias do Percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas por município (por cem nascidos vivos), RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2000 a 2015

Município, Região e Estado	Média e variação do % de NV de mães c/7+consultas de pré-natal							
	Período		Variação das médias	%	Período		Variação das médias	%
	2000 - 2003	2004-2007	quadrienais	Variação	2008-2011	2012-2015	quadrienais	Variação
Barueri	63,26	89,96	26,69	42,19	84,16	78,69	-5,47	6,50
Carapicuíba	48,30	68,47	20,17	41,76	65,37	62,47	-2,90	4,44
Itapevi	55,15	61,69	6,55	11,88	68,70	65,42	-3,28	4,77
Jandira	69,62	75,97	6,36	9,14	74,46	68,12	-6,35	8,53
Osasco	57,93	77,36	19,44	33,56	71,73	63,14	-8,59	11,98
Pirapora do Bom Jesus	46,52	79,00	32,48	69,82	71,94	72,40	0,46	0,64
Santana de Parnaíba	46,84	81,36	34,52	73,70	82,01	83,60	1,60	1,95
RRAS 5	56,55	75,77	19,22	22,99	72,89	67,80	-5,09	6,98
Estado SP	60,28	73,22	12,94	21,47	76,97	76,09	-0,88	1,14

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Gráfico 5.** Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal (por cem nascidos vivos) - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2000 a 2015



Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

#### 4.1.5. Coeficiente de Mortalidade por Neoplasia de Colo de Útero

A evolução do coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero no período de 2001 a 2016 no município de Itapevi apresentou muita oscilação, com picos em 2003 (14,48) e 2014 (13,54) (ver Tabela 6 em Anexo 2). Na análise de médias agrupadas por quadriênio, podemos perceber uma variação positiva de 1,04 (21,66), significando que a situação do município piorou com o aumento deste coeficiente, conforme Tabela 6.

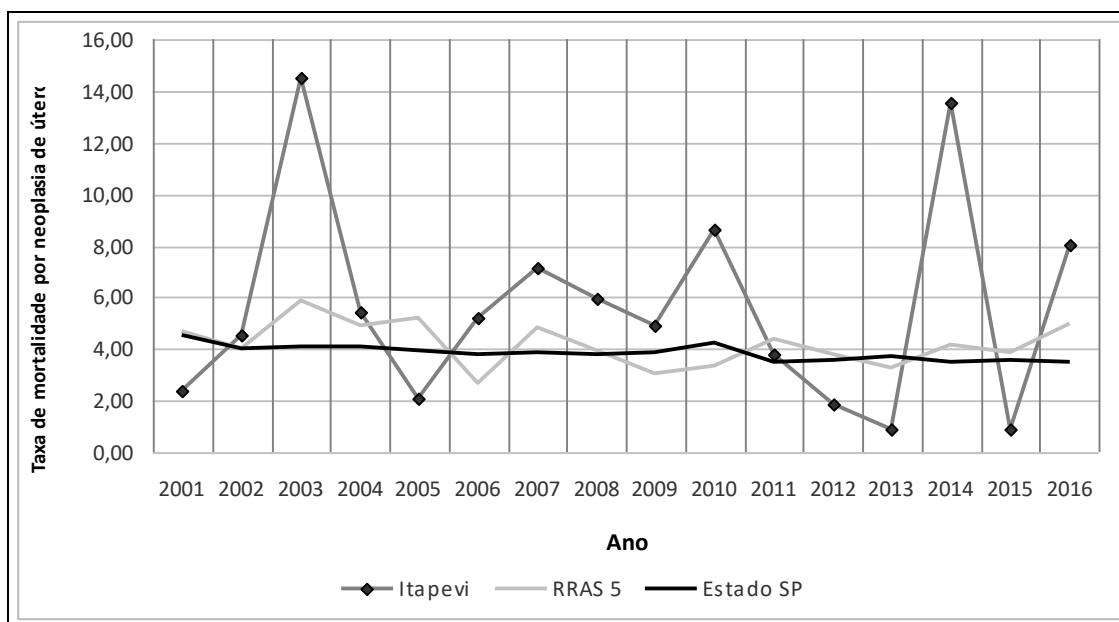
No ano de 2016 apresentou o segundo pior indicador em relação aos sete municípios da região; comparado à média da RRAS 5 e ao Estado de São Paulo, Itapevi apresenta indicador pior em 2016, conforme Gráfico 6.

**Tabela 6.** Média quadrienal e variação das médias do Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero (por cem mil mulheres) por município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2016

Município, Região e Estado	Média e % de variação das Tx de mort CA de colo de útero								
	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação	
	2001 - 2004	2005-2008			2009-2012	2013-2016			
RRAS 5	Barueri	5,14	5,65	0,51	9,93	3,75	4,70	0,95	25,33
	Carapicuíba	4,69	3,33	-1,36	29,03	4,36	3,01	-1,35	30,95
	Itapevi	6,71	5,11	-1,60	23,85	4,80	5,84	1,04	21,66
	Jandira	3,03	1,88	-1,15	38,02	0,87	2,93	2,06	237,46
	Osasco	4,96	3,88	-1,09	21,96	3,54	4,34	0,80	22,61
	Pirapora do Bom Jesus	11,16	-	-	-	12,22	8,64	-3,59	29,31
	Santana de Parnaíba	1,71	7,07	5,36	312,41	1,33	2,01	0,68	51,22
RRAS 5	4,88	4,17	-0,72	14,75	3,66	4,08	0,42	11,48	
<b>Estado SP</b>	4,19	3,85	-0,34	8,12	3,80	3,58	-0,22	5,8	

**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Gráfico 6.** Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016



**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

#### 4.1.6. Razão de Exames Citopatológicos do Colo de Útero em Mulheres de 25 a 64 Anos

A Razão de exames citopatológicos do colo de útero de Itapevi no período analisado oscilou entre 0,71 (2009) e 0,34 (2015), cabendo destacar que o valor ideal seria o mais próximo de 1,00. Na análise de médias da razão de exames citopatológicos do colo de útero agrupados quadrienalmente percebemos uma variação negativa de 0,14 (22,58), ou seja o município obteve desempenho desfavorável neste indicador conforme Tabela 7.

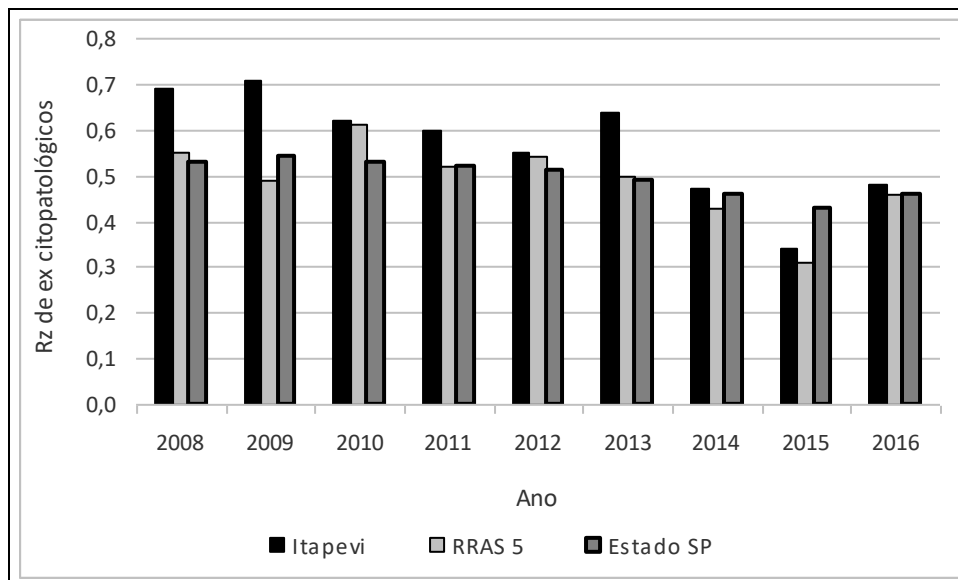
Chama a atenção que os valores são melhores que os da RRAS 5 e Estado em praticamente todo o período analisado. No ano de 2016 o município apresentou o terceiro melhor resultado entre os sete municípios da região (ver Tabela 7 em Anexo 2) e resultados melhores que a média da RRAS 5 e do Estado de São Paulo, como mostra Gráfico 7.

**Tabela 7.** Média quadrienal e variação das médias da razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos (exames por um 1/3 em mulheres de 25 a 64 anos) segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2009 a 2016

Município, Região e Estado		Média e variação da Rz de exames citopatológicos do colo de útero			
		Período		Variação das médias	
		2009-2012	2013-2016	médias quadrienais	% Variação
RRAS 5	Barueri	0,96	0,84	-0,12	12,50
	Carapicuíba	0,36	0,22	-0,14	39,16
	Itapevi	0,62	0,48	-0,14	22,58
	Jandira	0,50	0,35	-0,15	30,00
	Osasco	0,43	0,34	-0,09	20,93
	Pirapora do Bom Jesus	0,56	0,52	-0,04	7,14
	Santana de Parnaíba	0,82	0,70	-0,13	15,85
	RRAS 5	0,54	0,43	-0,12	22,22
<b>Estado SP</b>		0,53	0,46	-0,07	13,33

**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Gráfico 7.** Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos (por 1/3 das mulheres de 25 a 64 anos) - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2008 a 2016



**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

#### 4.1.7. Razão de Mamografia de Rastreamento em Mulheres de 50 a 69 Anos

A razão de mamografia de rastreamento em mulheres de Itapevi oscilou entre 0,04 (2009) e 0,43 (2013), sendo o resultado ideal para este indicador valor próximo a 1,00. Vale destacar que os valores do município de Itapevi são melhores que os da RRAS 5 e Estado no período de 2011 a 2015. Na análise de médias agrupadas por quadriênio (2009-2012 e 2013-2016) houve variação positiva de 0,16 (68,08) conforme Tabela 8.

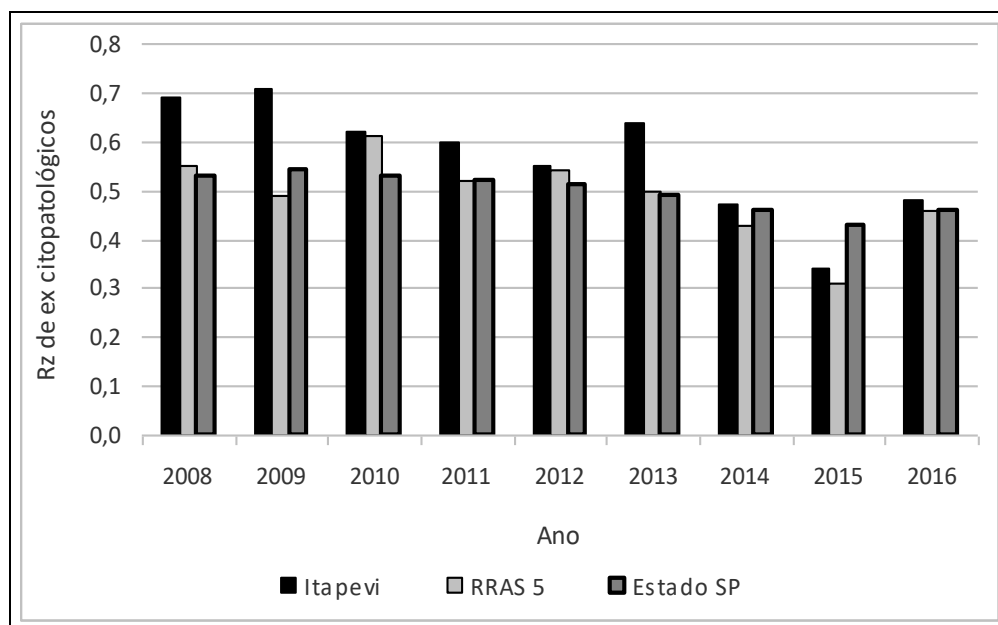
No ano de 2016 o resultado apresentado pelo município é o terceiro melhor entre os sete municípios da região, tendo valores muito próximos à média da RRAS 5 e à média do Estado de São Paulo, como mostra o Gráfico 8.

**Tabela 8.** Média quadrienal e variação das médias da razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos (por metade das mulheres de 50 a 69 anos) segundo município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2009 a 2016

Município, Região e Estado	Média quadrienal e variação da rz de exames de mamografia			
	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação
	2009 - 2012	2013 - 2016		
Barueri	0,53	0,59	0,06	11,26
Carapicuíba	0,12	0,22	0,10	81,63
RRAS 5				
Itapevi	0,24	0,39	0,16	68,08
Jandira	0,13	0,25	0,11	83,02
Osasco	0,11	0,26	0,15	139,53
Pirapora do Bom Jesus	0,14	0,29	0,15	107,14
Santana de Parnaíba	0,37	0,50	0,13	35,37
RRAS 5	0,20	0,32	0,13	66,67
<b>Estado SP</b>	0,24	0,31	0,07	29,47

**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Gráfico 8.** Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos (por metade das mulheres de 50 a 69 anos) - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2009 a 2016



**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)



#### 4.1.8. Taxa de Mortalidade por Doenças Isquêmicas do Coração – 30 a 59 Anos

No período analisado, a taxa apresentou oscilações entre 78,47 (2001) e 48,33 (2014) e queda quando comparados o início e o final do período (ver Tabela 9 em Anexo 2). Na análise de médias quadrienais agrupadas da taxa de mortalidade por DIC, observamos uma variação negativa de 8,86 (13,37%) significando uma pequena melhora no resultado deste indicador conforme Tabela 9.

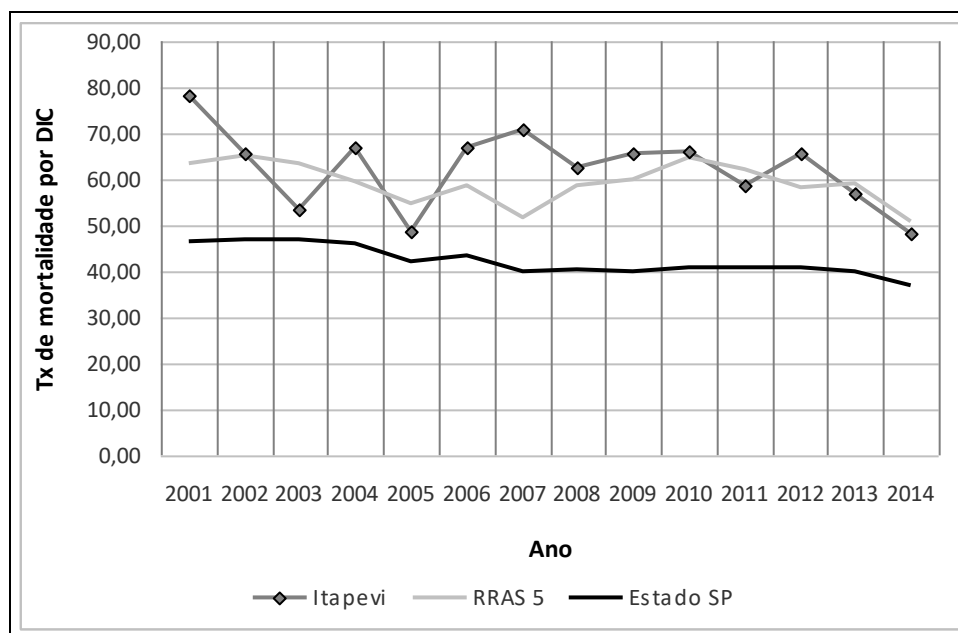
No ano de 2014 o município apresentou o terceiro menor resultado na região, com melhor situação comparado à média da RRAS 5 (50,75) e pior que o Estado de São Paulo (36,92) conforme Gráfico 9.

**Tabela 9.** Média quadrienal e variação das médias da taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração na faixa etária de 30 a 59 anos (por cem mil habitantes) por município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2014

Município, Região e Estado	Média e variação da tx de mortalidade por DIC				
	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação	
	2007 - 2010	2011-2014			
Barueri	66,24	70,58	4,34	6,55	
Carapicuíba	63,97	52,27	-11,70	18,29	
RRAS 5	Itapevi	66,26	57,40	-8,86	13,37
	Jandira	53,73	45,26	-8,48	15,78
	Osasco	55,27	59,42	4,15	7,51
	Pirapora do Bom Jesus	59,92	101,22	41,30	68,93
	Santana de Parnaíba	40,37	42,17	1,81	4,48
RRAS 5	58,85	57,53	-1,32	2,24	
Estado SP	40,31	39,62	-0,69	1,71	

**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Gráfico 9.** Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração (por mil habitantes) - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2001 a 2014



Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

#### 4.1.9. Percentual de Óbitos por Doenças Isquêmicas do Coração – 30 a 59 Anos

No período analisado, o percentual de óbitos por DIC não teve muitas oscilações, se compararmos o início e final do período verificamos uma pequena queda de 13,74 para 11,17; no ano de 2014, o município ficou em segunda posição no ranking dos sete municípios da região com menor percentual de óbitos por DIC (ver Tabela 10 em Anexo 2). Na análise de médias quadrienais agrupadas a variação foi negativa em 1,61 (11,34%) conforme Tabela 10.

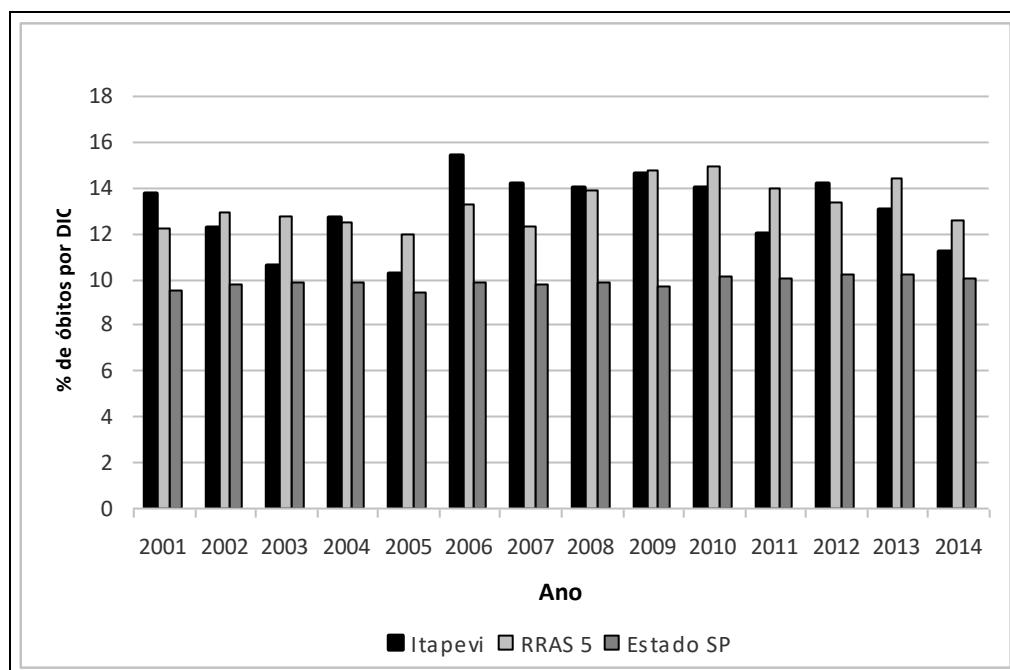
Em comparação com à média da RRAS 5 o resultado apresentado em 2014 foi um pouco melhor, e em comparação à média do Estado um pouco pior, como mostra o Gráfico 10.

**Tabela 10.** Média quadrienal e variação das médias do percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração na faixa etária de 30 a 59 anos (por cem óbitos na faixa etária de 30 a 59 anos) por município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo

Município, Região e Estado	Média e variação do percentual de mortalidade por DIC				
	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação	
	2007 - 2010	2011-2014			
RRAS 5	Barueri	14,01	13,37	-0,64	4,57
	Carapicuíba	16,98	13,45	-3,53	20,79
	Itapevi	14,20	12,59	-1,61	11,34
	Jandira	14,51	12,67	-1,84	12,68
	Osasco	12,49	14,09	1,60	12,81
	Pirapora do Bom Jesus	11,97	20,60	8,63	72,1
	Santana de Parnaíba	14,59	13,46	-1,13	7,75
RRAS 5	13,98	13,59	-0,39	2,79	
<b>Estado SP</b>	9,89	10,14	0,25	2,53	

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Gráfico 10.** Percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração por Itapevi, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2014



Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

#### 4.1.10. Taxa de Mortalidade por acidente Vascular Cerebral – 30 a 59 Anos

A taxa de mortalidade por AVC em Itapevi, no período analisado, apresentou oscilações e comparando-se o início e o final do período podemos afirmar que houve piora de 5,47 para 8,25 e no ano de 2014 o município apresentou a pior taxa dos sete municípios da região (ver Tabela 11 em Anexo 2). Na análise de médias agrupadas por quadriênio (2007 – 2010 e 2011 – 2014) da taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral a variação foi negativa em 2,38 (33,76%) apresentando uma pequena melhora no resultado deste indicador conforme Tabela 11.

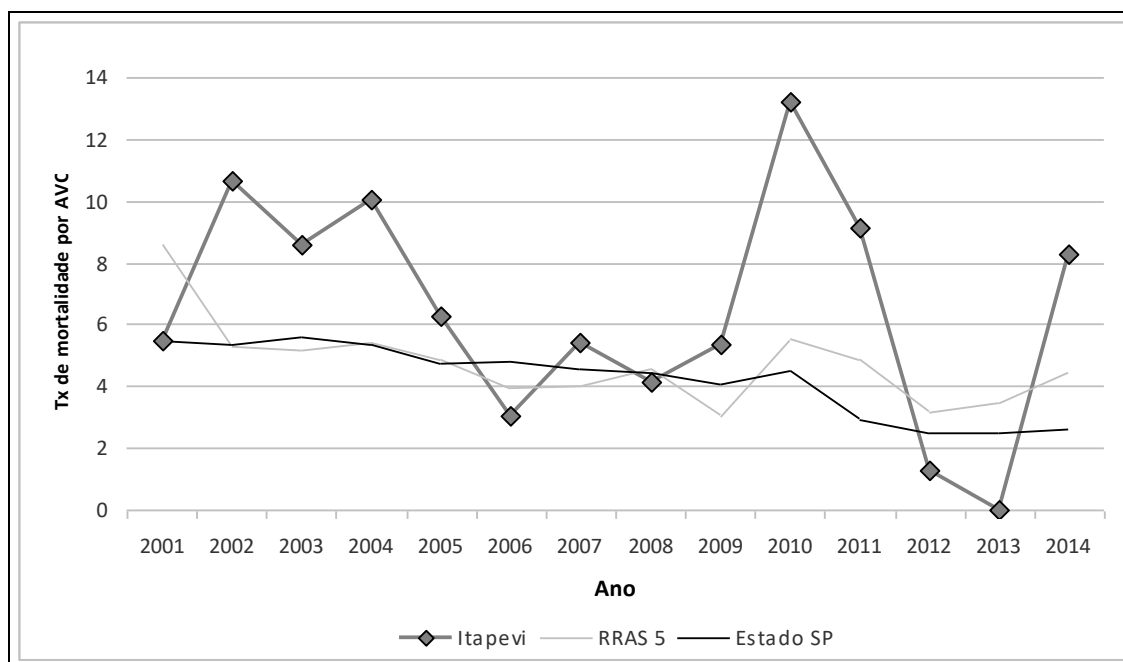
Apresentou resultado pior em comparação à média da RRAS 5 e o Estado em 2014, como mostra o Gráfico 11.

**Tabela 11.** Média quadrienal e variação das médias da taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral na faixa etária de 30 a 59 anos (por cem mil habitantes) por município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2014

Município, Região e Estado	Média e variação da tx de mortalidade por AVC			
	Período		Variação das médias	
	2007 - 2010	2011 - 2014	quadrienais	% Variação
Barueri	6,72	4,68	-2,04	30,36
Carapicuíba	4,17	4,10	-0,07	1,67
Itapevi	7,05	4,67	-2,38	33,76
Jandira	3,50	0,57	-2,93	83,77
Osasco	3,36	3,83	0,47	13,98
Pirapora do Bom Jesus	-	4,25	4,25	-
Santana de Parnaíba	1,77	5,16	3,40	192,63
RRAS 5	4,29	3,99	-0,31	7,22
<b>Estado SP</b>	<b>4,41</b>	<b>2,63</b>	<b>-1,78</b>	<b>40,34</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Gráfico 11.** Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral na faixa etária de 30 a 59 anos - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2014



**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

#### 4.1.11. Percentual de Óbitos por Acidente Vascular Cerebral – 30 a 59 Anos

O percentual de óbitos por AVC em Itapevi, no período analisado, comparando-se o início e o final do período pode-se dizer que este indicador teve uma queda suave. Na análise de médias agrupadas por quadriênio do percentual de óbitos por acidente vascular cerebral apresentou variação negativa em 2,38 (24,81%) no quadriênio 2009 – 2012 e 2013 – 2016 conforme Tabela 12.

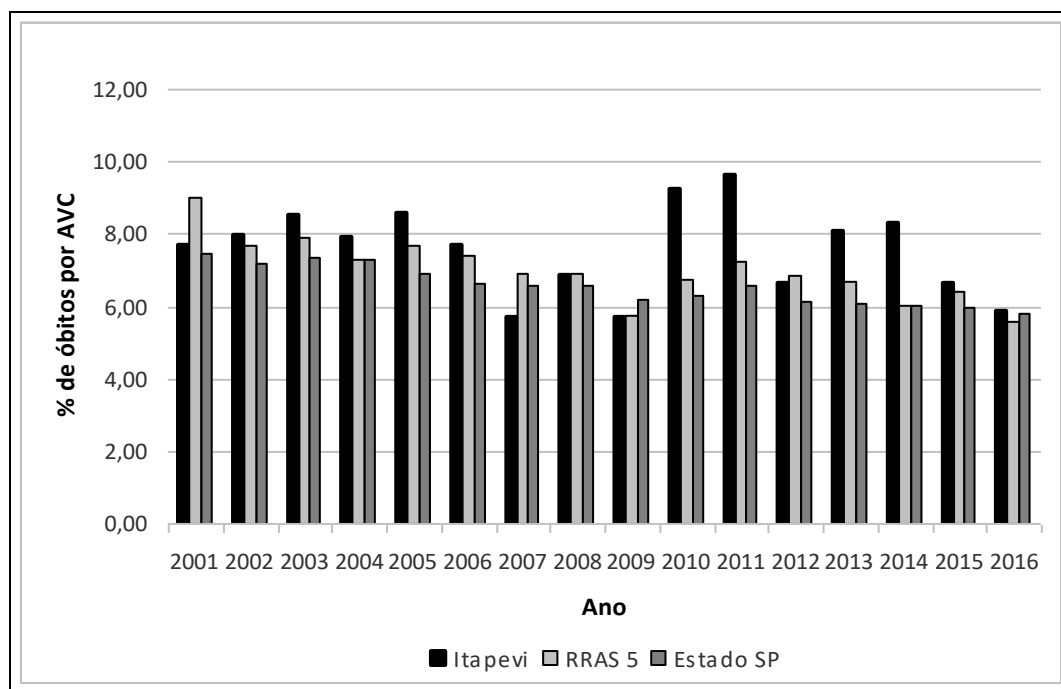
No ano de 2016 o município teve o terceiro pior percentual de óbitos por AVC entre os sete municípios da região, e mesmo com poucas diferenças, pior em relação à média de percentual de óbitos da RRAS 5 e Estado de São Paulo, conforme Gráfico 12.

**Tabela 12.** Média quadrienal e variação das médias do percentual de óbitos por acidente vascular cerebral na faixa etária de 30 a 59 anos (por cem óbitos na faixa etária de 30 a 59 anos) segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016

Município, Região e Estado	Média e variação do percentual de óbitos por AVC								
	Período		Variação das médias		Período		Variação das médias		
	2001-2004	2005-2008	quadrienais	% Variação	2009-2012	2013-2016	quadrienais	% Variação	
RRAS 5	Barueri	8,88	7,06	-1,81	20,38	8,88	5,67	-3,21	36,12
	Carapicuíba	8,59	7,16	-1,43	16,65	8,33	6,23	-2,10	25,22
	Itapevi	8,01	7,20	-0,81	10,11	9,59	7,21	-2,38	24,81
	Jandira	7,26	6,81	-0,45	6,20	7,74	5,32	-2,42	31,27
	Osasco	7,52	7,63	0,11	1,46	7,82	6,15	-1,67	21,35
	Pirapora do Bom Jesus	8,03	2,92	-5,11	63,62	5,33	4,54	-0,79	14,81
	Santana de Parnaíba	7,69	5,88	-1,81	23,54	5,76	6,77	1,01	17,54
<b>RRAS 5</b>	<b>7,97</b>	<b>7,24</b>	<b>-0,73</b>	<b>9,16</b>	<b>8,19</b>	<b>6,18</b>	<b>-2,01</b>	<b>24,53</b>	
<b>Estado SP</b>	<b>7,31</b>	<b>6,68</b>	<b>-0,64</b>	<b>8,75</b>	<b>7,80</b>	<b>5,97</b>	<b>-1,83</b>	<b>23,47</b>	

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Gráfico 12.** Percentual de óbitos por acidente vascular cerebral - Itapevi, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2016



Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em junho de 2017)

#### 4.1.12. Percentual de Internação por Condições Sensíveis a Atenção Básica

Se considerarmos que em 2001 o percentual de internação por condições sensíveis a atenção básica (ICSAB) era 19,48, apesar das oscilações, podemos crer que houve uma queda, chegando em 2015 com um percentual de 9,77. Hipótese confirmada na análise de médias quadrienais agrupadas por quadriênio do percentual de ICSAB temos duas variações negativa de 4,15 (23,94) no quadriênio 2001 – 2004 e 2005 – 2009; e 0,51 (4,86%) no quadriênio 2010 – 2013 e 2014 – 2016 conforme Tabela 13.

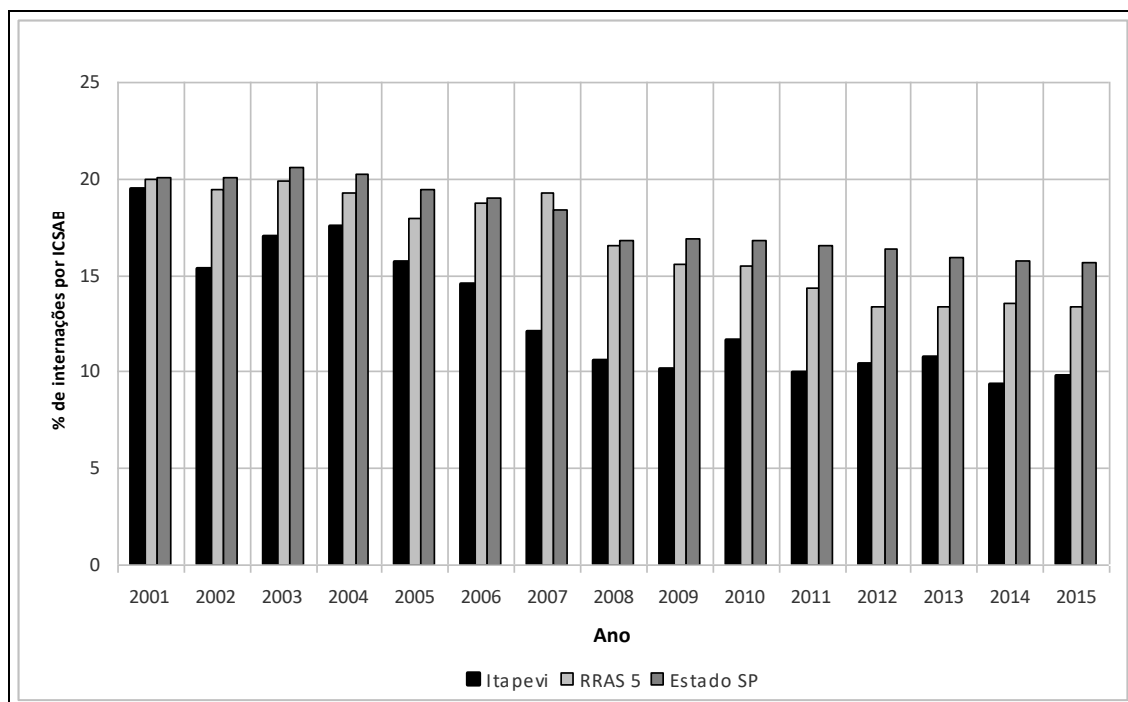
No ano de 2015, o município apresentou o segundo melhor resultado entre os sete municípios da região (ver Tabela 13 em Anexo 2), e melhor resultado comparado as médias da RRAS 5 e Estado de São Paulo, como mostra o Gráfico 13.

**Tabela 13.** Média quadrienal e variação das médias do percentual de internação por condições sensíveis a atenção básica (por cem internações) por município, RRAS 5 e estado de São Paulo - 2001 a 2015

Município, Região e Estado	Média e % de variação das internações por ICSAB							
	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação
	2001 - 2004	2005-2008			2009-2012	2013-2016		
Barueri	15,10	15,90	0,80	5,30	15,30	13,88	-1,42	9,28
Carapicuíba	15,73	16,79	1,05	6,67	15,69	13,63	-2,05	13,07
Itapevi	17,34	13,19	-4,15	23,94	10,50	9,99	-0,51	4,86
Jandira	38,50	37,88	-0,62	1,61	16,35	12,66	-3,69	22,57
Osasco	19,97	16,34	-3,64	18,23	15,12	15,37	0,25	1,65
Pirapora do Bom Jesus	14,65	12,63	-2,01	13,72	11,91	11,00	-0,92	7,72
Santana de Parnaíba	12,94	10,37	-2,57	19,87	12,88	11,62	-1,26	9,78
RRAS 5	19,63	18,14	-1,50	7,64	14,70	13,58	-1,11	7,55
Estado SP	20,24	18,41	-1,83	9,04	16,66	15,68	-0,98	5,88

**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Gráfico 13.** Percentual de internação por condições sensíveis à atenção básica (por cem internações) - Itapevi, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2015



**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

#### 4.1.13. Percentual da População coberta pela Saúde Suplementar

No período analisado, em Itapevi houve um aumento no percentual de cobertura de saúde suplementar. Apesar da oscilação de 11,79 (2002) a 29,62 (2014), podemos notar que este indicador não ultrapassou a marca de 30%. Em 2016 o percentual ficou em 27,60 (ver Tabela 14 em Anexo 2). Na análise de médias agrupadas no período 2001-2004 e 2005-2008 apresentou variação positiva de 5,78 (45,38%) e no período de 2009-2012 e 2013-2016 também apresentou variação positiva 1,11 (4,01%) conforme Tabela 14. O percentual do município é menor que a média da RRAS 5 e à média do Estado de São Paulo conforme Gráfico 14.

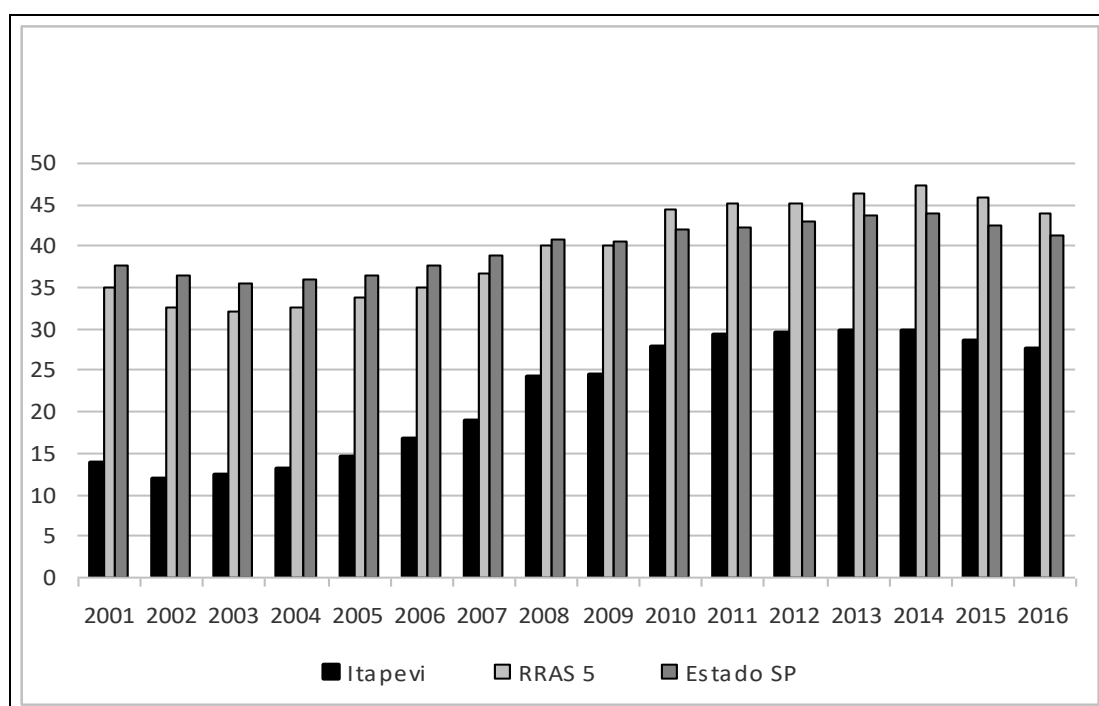


**Tabela 14.** Média quadrienal e variação das médias do percentual de cobertura de saúde suplementar (por cem habitantes) segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016

Município, Região e Estado	Média e % de variação da cobertura de saúde suplementar							
	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação
	2001 - 2004	2005-2008			2009-2012	2013-2016		
Barueri	64,36	55,67	-8,70	13,52	57,75	65,03	7,27	12,59
Carapicuíba	17,80	27,60	9,79	54,99	37,52	39,68	2,16	5,76
Itapevi	12,74	18,52	5,78	45,38	27,70	28,81	1,11	4,01
Jandira	18,62	25,52	6,90	37,06	33,87	35,72	1,85	5,46
Osasco	38,94	41,23	2,28	5,85	48,92	50,15	1,23	2,51
Pirapora do Bom Jesus	6,62	14,97	8,35	126,13	27,56	18,16	-9,40	34,11
Santana de Parnaíba	31,67	37,64	5,97	18,85	43,91	45,21	1,30	2,96
RRAS 5	33,13	36,44	3,30	9,96	43,78	45,82	2,05	4,68
Estado SP	36,34	38,53	2,19	6,03	41,96	42,91	0,95	2,26

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Gráfico 14.** Percentual de cobertura de saúde suplementar - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016



Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

#### 4.1.14. Média de Consultas Básicas em UBS, Centro e Posto de Saúde

No período analisado a média de consultas em Itapevi diminuiu. Este indicador oscilou em 3,89 (2009) e 0,80 em 2007 e 2011 (ver Tabela 15 em anexo 2). Na análise

de médias quadrienais agrupadas notamos uma variação negativa de 1,12 (55,17%) no período de 2007-2010 e 2011-2014 conforme a Tabela 15.

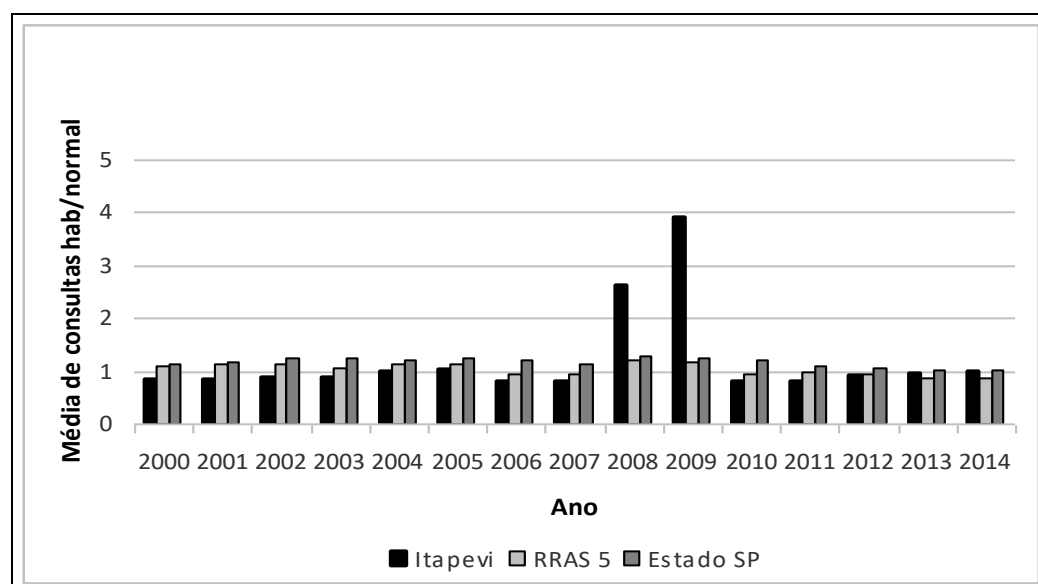
No ano de 2014 apresentou situação um pouco melhor que a média da RRAS 5 e um pouco pior que a média do Estado de São Paulo conforme Gráfico 15.

**Tabela 15.** Média quadrienal e variação das médias de consultas básicas por habitantes/normal segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2000 a 2014

Município, Região e Estado	Média e variação da média de consultas hab/normal por ano				
	Período		Variação das médias quadrienais	% Variação	
	2007-2010	2011-2014			
Barueri	1,74	1,77	0,03	1,72	
Carapicuíba	0,62	0,61	-0,01	1,62	
RRAS 5 Itapevi	2,03	0,91	-1,12	55,17	
Jandira	0,92	0,87	-0,05	5,45	
Osasco	0,79	0,74	-0,05	6,31	
Pirapora do Bom Jesus	1,02	0,75	-0,27	26,47	
Santana de Parnaíba	1,21	1,26	0,05	4,14	
RRAS 5	1,07	0,92	-0,15	14,05	
Estado SP	1,23	1,05	-0,18	14,66	

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Gráfico 15.** Média de consultas habitantes/normal por Município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2000 a 2014



Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

## 4.2. REALIZAÇÃO DAS OFICINAS DE INDICADORES

Foram realizadas 3 oficinas de trabalho, sendo o detalhamento de cada uma delas descrito no quadro 2. Uma das dificuldades para a realização das oficinas foi a baixa adesão dos participantes, em função da falta de funcionários nos serviços e a impossibilidade de se ausentarem para participar da atividade.

**Quadro 1.** Oficinas por data, duração participantes, descrição e observação - Itapevi - 2017

Oficinas	Data	Duração	Nº de participantes	Descrição	Observação
1	21/06/2017	3,5 horas	9 participantes da Rede, 1 facilitador, 1 pesquisador e 1 observador	8 enfermeiros, 1 biólogo, 1 psicólogo, 1 estatístico e 1 TI	Na oficina 1 o tempo programado para a discussão não foi suficiente, sendo marcada mais um encontro para finalizar a discussão.
	07/07/2017	2,5 horas	5 participantes da Rede, 1 facilitador, 1 pesquisador, 1 observador	4 enfermeiros, 1 biólogo, 1 psicólogo, 1 estatístico e 1 TI	
2	23/08/2017	3 horas	6 participantes da Rede, 1 facilitador, 1 pesquisador, 1 observador	6 enfermeiros, 1 psicólogo, 1 estatístico e 1 TI	Na oficina 2, como o número de participantes foi menor, a divisão foi feita em 2 grupos, onde cada grupo discutiu 2 grupos de indicadores
3	27/10/2017	3 horas	4 participantes, 1 facilitador, 1 pesquisador, 1 observador	3 enfermeiros, 1 biólogo, 1 psicólogo, 1 estatístico e 1 TI	Na oficina 3, o número de participantes foi menor que o esperado, e a discussão proposta para ser feita em 2 grupos, foi realizada em 1 grupo só em forma de plenária

Fonte: elaborado pela autora com base na realização das oficinas de trabalho

Outra dificuldade notada foi a falta de tempo para a realização das atividades programadas para a oficina 1, o que demandou um novo encontro. Isso ocorreu em parte, porque houve certa dificuldade dos participantes no entendimento dos indicadores, e, por outro lado, porque o processo foi bastante participativo, ultrapassando o tempo estimado para as discussões.

Na percepção geral dos participantes, o formato da discussão das oficinas, a apresentação dos indicadores, a proposta de pensar as práticas de saúde, foram elogiados. Houve, portanto, uma avaliação positiva, principalmente na oficina 3, quando os participantes tiveram o produto do trabalho em suas mãos.

## 4.3. ANÁLISE QUALITATIVA DAS OFICINAS

#### 4.3.1. Definição de Temas e Categorias de Análise

##### **Oficina 1.**

Na oficina 1 objetivou-se identificar barreiras à utilização dos indicadores e discutir como o trabalho das equipes de Atenção Básica poderia impactar nos indicadores de saúde, identificando sugestões e possíveis caminhos.

-Sobre as barreiras para a utilização dos indicadores:

- Falta de capacitação

As discussões sugerem que a falta de conhecimento, atualização dos profissionais e espaços para troca de experiências ou estudo de casos pode influenciar de maneira negativa a utilização de indicadores ou mesmo a repensar as suas práticas de saúde, conforme exemplificam as falas a seguir.

“... eu acho que tinha que ter mais educação continuada...” (grupo 1)

“...Nem sabia que tinha este indicador, Alba. Sabia do outro. Isso é muito legal. A gente faz a coleta, anota a unidade tudo direitinho, mas não tinha me ligado que tinha isso aqui, para você ver tem um mundo de coisa que a gente não consegue alcançar...” (grupo 2)

- ✓ Rotatividade de profissionais

As discussões sugerem que uma das razões que dificulta o vínculo, as discussões e até mesmo as práticas de saúde pode ser pela grande rotatividade dos profissionais, que são geradas por transferências ou por novas contratações, algumas falas a seguir que mencionam o fato.

“...falta de formação, muito profissional novo (que não sabe o que é a estratégia), muita mudança de profissionais não cria vínculo...” (grupo 1)

“...estou insatisfeita de fazer o puerpério, de atender o puerpério e não ter vaga para colocar esses bebês, principalmente se eu avalio e acho que tem necessidade de

uma avaliação pediátrica... A gente sabe que não tem o profissional né ...” (plenária oficina 1)

“...um enfermeiro hoje está nesta unidade, mês que vem não está mais nessa, está em outra...” (plenária)

- Sobre os facilitadores para a utilização dos indicadores:

- Reuniões de equipe

Os depoimentos e as discussões, sugerem que existe um potencial nas reuniões de equipe, não só na unidade, como nas reuniões da equipe de enfermagem e equipe de coordenadores, são espaços que deveriam ser aproveitados para se discutir indicadores como forma de repensar a gestão, o planejamento e as práticas em saúde, nos exemplos das falas a seguir:

“... gostaria que você voltasse a fazer outra (oficina de indicadores) com a equipe (na unidade), acho legal esse estímulo ...” (grupo 1)

“... quando você fala da reunião com sua equipe, que bacana, se tem visita hoje à tarde, no período da manhã, você vai lá se reúne com sua equipe, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário e conversa sobre a visita que vai fazer, ou então discute sobre alguma outra coisa que você fez, depois que retorna no dia seguinte, mas como?” (plenária)

-Ações para melhorar a prática das ações por linha de cuidado

Quando questionados sobre o que poderia ser feito na AB para melhorar os indicadores, surgiram várias sugestões e questionamentos. E houve um entendimento dos participantes de que eles são atores responsáveis pelo resultado dos indicadores. A seguir descrevem-se algumas sugestões do grupo sobre ações para melhorar as práticas em cada linha de cuidado.

- Indicadores que refletem a linha de cuidado à atenção materno e infantil

- ✓ Educação permanente: para melhor capacitação da equipe, maior comprometimento dos agentes comunitários de saúde, para melhorar o acolhimento da equipe;
- ✓ Criação de protocolos e fluxos para diminuir a burocracia em relação a exames e consulta as especialidades;
- ✓ Aproximação com a população para melhorar o vínculo;
- ✓ Diminuir a rotatividade dos profissionais, para não prejudicar o vínculo;
- ✓ Implantar pré-natal do homem, através de convites aos parceiros das gestantes

Algumas falas:

“...Bate na vontade política, na educação permanente, na população que não entende o que é o programa saúde da família...” (grupo 1)

“... não ter o agente comunitário - temos áreas descobertas...” (grupo 1)

“...capacitação, melhor atendimento às gestantes, a captação precoce, fazer todos os exames necessários antes da consulta com o GO...” (plenária)

“... pré-natal para o homem, não tem isso no contexto das unidades, é difícil até as pessoas associarem né, essa questão do homem, e a caderneta tem, o legal da caderneta que veio, foi isso, o pessoal começou a ler, e a saber que tem pré-natal para o homem, que o homem faz parte do pré-natal...” (plenária)

“...o que a gente pode melhorar é o acolhimento, muitas vezes, bate na recepção, dependendo do acolhimento, ela não volta mesmo. Dependendo da enfermagem, da cara da enfermagem, ela também não volta, dependendo do agente ...” (grupo 1)

- Indicadores que refletem a atenção a linha de cuidado a saúde da mulher

✓ Implantação de protocolos e fluxos para incentivar a prevenção e ter livre demanda para coleta de Papanicolau, melhorar o acesso aos resultados dos exames e tratamento precoce; diminuir o tempo de espera para realizar os exames, diminuir o

tempo de espera dos resultados de exames, diminuir o tempo de espera para passar em consulta médica para avaliação dos exames, organizar os serviços para as unidades terem o controle dos exames de papa colhidos.

- ✓ Monitoramento e busca ativa dos exames de Papanicolau alterados;
- ✓ Educação permanente para: orientação aos profissionais médicos para a importância do Papanicolau inclusive para as histerectomizadas e as mulheres após menopausa, incentivar os médicos para a coleta, não perder a oportunidade na consulta.
- ✓ Realizar ações preventivas como: campanha ou palestras para conscientização da importância dos exames de Papanicolau e Mamografia.

Algumas falas sobre essa linha de cuidado:

“... estou lá há 3 meses, e o resultado não chegou ainda...” (grupo 2)

“...fazer campanhas e palestras, divulgar na televisão na sala de espera, abrir a agenda mês a mês...” (grupo 2)

“...na minha unidade a coleta de papa é livre demanda (PSF)...” (grupo 2)

“...Eu acho que demora muito o resultado de mamografia, diminuir o tempo de espera do resultado, diminuir o tempo de espera para a consulta...” (grupo 2)

- Indicadores que refletem a atenção à linha de cuidado às doenças crônicas
- ✓ Educação permanente: para atualização e capacitação dos profissionais,
- ✓ Implantar protocolos e definir fluxos: organizar os serviços para evitar falta de insumos e planejar a aquisição de equipamentos, planejar o aumento da oferta de exames diagnósticos, agilidade no resultado dos exames, definir referência e contra referência;
- ✓ Implantar ações preventivas: para estimular mudanças de hábitos alimentares, prática esportiva, lazer e qualidade de vida, para as atividades extra muro (com

ações preventivas), formação de grupos para orientações preventivas e sensibilizar os usuários para adesão ao tratamento;

- ✓ Ampliar atendimentos em algumas unidades com horário estendido, para atender a faixa etária economicamente ativa;
- ✓ Organizar em pelo menos uma unidade as linhas de cuidado com estratificação de risco (Rede de Saúde),

Algumas falas sobre essa linha de cuidado:

“... poderia fazer um piloto, em municípios que tem horário estendido, eles tem 2 turnos, dando a oportunidade de essas pessoas a buscarem né, tem gente que vem e diz principalmente os homens: - é a primeira vez que venho no médico, eu nunca fiquei doente...chega lá com a pressão alta, ou então nem passa na unidade básica já chega direto no Pronto Socorro...” (grupo 3)

“...outros dizem: - a coleta é só de manhã?... não tem coleta á tarde?...ah eu não posso, eu trabalho... A gente ouve muito isso no dia a dia, poderia proporcionar a essa pessoa buscar tratamento num outro horário, que não seja em horário de trabalho... as pessoas têm receio de levar atestado, e ser punido...” (grupo 3)

“...no fundo é que todo mundo passa a ser atendido igual, quando tem pressão alta vai encaminhar... encaminhar para o cardiologista...” (plenária)

“...discutir a escuta qualificada, quando você para e escuta o que realmente as pessoas tem a dizer..., você consegue avaliar... por exemplo: a queixa feita ao médico de zumbido no ouvido e foi encaminhado para o otorrino, e ele não tinha nada no ouvido, ele tinha hipertensão, faltou ao médico que encaminhou a escuta qualificada, um dos sintomas da hipertensão é o zumbido no ouvido, estava quase enfartando...” (plenária)

- Indicadores que refletem o acesso e a qualidade da atenção em saúde
- ✓ Prevenção: Incentivar as ações preventivas através de grupos com o paciente e familiares; conscientizar o paciente sobre a importância da alimentação,



exercícios físicos, medicações, autocuidado, assim prevenindo os agravos das doenças de base, incentivar a adesão ao tratamento;

- ✓ Ações para diminuir o absenteísmo através de conscientização da população,
- ✓ Organizar os serviços: para melhorar o fluxo de trabalho, para organizar e ampliar agenda de consultas, para o atendimento fracionado, para a reposição da vaga,
- ✓ Implantado o serviço de SMS municipal, para toda consulta ou exame marcado é enviado uma mensagem ao usuário para avisá-lo da data e local, uma estratégia para diminuir o absenteísmo.

Algumas falas sobre esse tema:

“... a adesão ao tratamento, é bastante importante, né, quando ele tem uma boa compreensão da situação dele, da doença, como a diabetes, hipertensão. que se ele adere é automático, a tendência de ter uma complicação é menor...” (grupo 4)

“...acompanhamento né, parte médica, acompanhamento médico, orientação com foco na prevenção, adesão ao tratamento, quando adere ele busca melhoras na saúde, passa nas consultas, e começa a prevenir...” (grupo 4).

“...Ações educativas, seria educar mesmo, em relação ao uso correto do medicamento, ao autocuidado, à prática de exercícios físicos... vai ao médico, mas não faz uso do medicamento... às vezes não faz uso correto...”

## **Oficina 2.**

A oficina 2 teve como objetivo promover uma reflexão sobre a experiência de utilizar indicadores de saúde para pensar em qualificar as ações e práticas de saúde.

-Sobre a utilização de indicadores pelas equipes de AB, para qualificação de suas práticas.

- Potencialidade da utilização dos indicadores

Os depoimentos sugerem que os participantes gostaram e fizeram uma avaliação positiva em utilizar indicadores para as ações e práticas de saúde.

Algumas falas:

“...foi bom, norteia a gente melhor, né... Dá uma direção, para criar ações e ter um objetivo, até para fazer uma avaliação das ações, né...se houve uma melhora ou não...” (plenária grupo 2)

“... ajuda a pensar no cotidiano, no dia a dia e tentar melhorar...” (plenária grupo 2)

“... gostaria que fosse feito continuamente, não assim. Todo ano fazer um levantamento de ações se está sendo efetivo ou não. E utilizar indicadores para saber a efetividade das ações, não só dos enfermeiros, mas também da equipe como um todo...” (plenária grupo2)

“...é legal levar isso para a equipe também né... para saber que eles fazem parte da estatística né...” (plenária grupo 1)

### **Oficina 3.**

Duas questões nortearam a oficina 3: Como foi participar da oficina de Indicadores? Qual sua sugestão para o uso da cartilha?

-Sobre a participação nas oficinas

Os participantes, ao final do processo, demonstraram entendimento sobre a importância dos indicadores e seu potencial para orientar as práticas de saúde:

“...falar sobre um assunto que eu não conhecia muito, mas é importante, pra gente que está na ponta conhecer o que está acontecendo, justamente por isso...”

(plenária)

“...a gente sempre acha que está fazendo tudo, e tudo direito ... a gente sempre tem alguma coisa para melhorar... mas, se não tiver um parâmetro para isso, a gente fica estacionada, ...eu acredito e acho que sua cartilha vai render muitos frutos... você nos mostrou pra a gente ficar alerta, de tantos indicadores tivemos dois positivos, então temos que parar para pensar né...amarelo é bom, mas é alerta, ficar mais atento...”

(plenária)

Pelos relatos percebe-se que a troca de experiências é positiva no sentido profissional e emocional. E que as oficinas favoreceram um espaço de escuta e acolhimento dos participantes:

“...sempre é uma troca de experiências... eu gosto muito do que eu faço...o que eu aprendi: - que não é se colocar no lugar do outro, é ir de encontro ao outro....”

(plenária)

“...nós acabamos pondo um pouco o que a gente está passando, esse acolhimento esvazia um pouco o balde, pra a gente voltar lá na unidade (mais leves), não é só na minha unidade (que acontece), todo mundo vai falando, eu acho que a gente precisaria (ter espaços para discussão), acho que não pode ser jogado... tem que ser dentro disso mesmo assim..., tem que discutir, vamos conversar, vamos melhorar...”

#### 4.4. CARTILHA DE INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA

O processo como um todo (análise de indicadores e realização das oficinas) resultou na construção de uma cartilha com 51 páginas, contendo 14 indicadores de Atenção Básica, divididos em grupos que refletem as linhas de cuidado materno e infantil, da saúde da mulher, doenças crônicas e indicadores que refletem o acesso e a qualidade da atenção em saúde.

Utiliza linguagem de fácil compreensão e apresentação em formato de quadro e gráficos. A forma de apresentação dos gráficos levou em consideração a sugestão do

grupo em relação à melhor visualização e entendimento. Todos os indicadores possuem descrição de como são calculados, como interpretá-los e sua importância.

Além disso há valorização da produção do grupo e discussão sobre o contexto local, com avaliação dos participantes sobre a situação de cada indicador apontando a necessidade de melhorias. A Cartilha é apresentada no anexo 1.

## **5. DISCUSSÃO**

### **5.1. SOBRE OS INDICADORES DE ATENÇÃO BÁSICA**

A seguir discutem-se os resultados obtidos por meio da análise de cada indicador e uma síntese do conjunto de indicadores de cada uma das linhas de cuidado contempladas no estudo.

Algumas possíveis limitações do estudo podem ser apontadas, como a subnotificação de sífilis congênita, faltas de anotação na Caderneta da Gestante, subnotificação dos exames citopatológicos de colo de útero, a não padronização das taxas de mortalidade dificultando analisar diferentes territórios. Existe a possibilidade de viés em função da qualidade da informação, porém isto não impediu que o grupo refletisse sobre os indicadores, seu significado e suas práticas.

Em relação à taxa de mortalidade infantil, cabem inicialmente alguns comentários em relação aos sistemas de informação que geram seus resultados. O sistema de informações de mortalidade (SIM) é um dos mais antigos, com informações de qualidade e organizadas. Os dados de Nascidos Vivos utilizados para compor este indicador são provenientes do SINASC, também um sistema consolidado que contém informações captadas da declaração de nascidos vivos (DNV), sendo que toda e qualquer criança nascida necessita deste documento para o registro de nascimento no cartório de registro civil.

Vários estudos mostram que o indicador de mortalidade infantil segue uma tendência de queda nacional e mundial (BATISTA FILHO & CRUZ, 2015;SARDINHA, 2014;BANDO, 2014).o indicador tenha mostrado uma queda quando comparados os dois últimos quadriênios, a situação de Itapevi no ano de 2016 foi preocupante, pois apresentou indicador de Mortalidade Infantil de 12,98, o dobro em relação ao ano anterior. De acordo com o monitoramento dos óbitos ocorridos em

Itapevi no ano de 2016, 70% dos óbitos foram classificados como evitáveis tendo a seguinte situação: 38% reduzíveis por atenção adequada ao recém-nascido, 18% reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde, 15% reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado, 15% reduzíveis por ações adequadas atenção ao parto, 15% reduzíveis por ações adequadas à gestação (DATASUS, 2017).

Sobre o Percentual de nascidos vivos com peso menor que 2,5 kg, observando a evolução do indicador, percebe-se que não houve muita oscilação no município de Itapevi. Mas o indicador requer um olhar mais atento, considerando que em cinco anos (2007, 2008, 2009, 2010 e 2012), o resultado ficou acima de 10%, que de acordo com padrões internacionais são considerados inaceitáveis (RIPSA, 2008). Alguns estudos associam o baixo peso como principal fator de risco para óbito neonatal, além de outras consequências ao feto a curto e longo prazo, e associa-se a fatores evitáveis por adequada atenção no pré-natal, parto e ao recém-nascido (TOURINHO & REIS, 2012; GAIVA et al. 2014).

Em relação à taxa de Incidência de sífilis congênita, a comparação dos dois quadriênios mostrou aumento, embora de menor magnitude quando comparado ao conjunto dos municípios da RRAS 5 e o Estado de São Paulo. O município apresentou oscilações nas taxas variando entre 1,09 (2008) e 9,92 (2013). Chama a atenção que somente em 2005 o município apresentou resultados menores que um caso. Esse fato é preocupante, considerando os parâmetros propostos para eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública, que propõem a redução de sua incidência a menos de um caso por mil nascidos vivos. (RIPSA, 2008). Para atingir esta meta, mediante a busca ativa de casos de sífilis materna e congênita, em serviços de pré-natal e em maternidades, paralelamente a ações de prevenção e tratamento, sugere-se a necessidade de uma organização e articulação entre os serviços da atenção básica, vigilância epidemiológica, maternidade e ações preventivas e tratamento. Sendo uma doença tratável e de fácil diagnóstico na gestação (teste rápido, implantado em todas as unidades do município), esperava-se ter menos casos de sífilis congênita, sugere maior atenção no tratamento destas gestantes (Serviço de Vigilância Epidemiológica, 2008). É importante destacar que este indicador também é fortemente associado ao indicador de mortalidade infantil (AZEVEDO et al, 2014).

No tocante ao Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, este indicador apresentou grandes oscilações no período avaliado, variando de

50,81 (2002) a 70,15 (2008) e chegando ao final da série com 60,75%. O parâmetro proposto pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS, 2010) é de 90% das mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Podemos dizer que o município não conseguiu melhorar este percentual em 15 anos, o que causa preocupação, pois o número de consultas durante o pré-natal está diretamente ligado a melhores desfechos materno-infantis. (DOMINGUES et al., 2012; GAÍVA et al., 2014)

Em síntese, para os indicadores relacionados à linha de cuidado materno infantil, de forma geral, os dados secundários não sugerem inconsistências. Talvez alguma subnotificação possa ter ocorrido na informação sobre sífilis congênita, uma vez que a notificação é feita no hospital, o que requer uma equipe qualificada para realizá-la. Algum problema também pode ter ocorrido em relação ao percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, que é obtido da DNV, pois essa informação é coletada da Caderneta da Gestante, podendo haver falta de anotação, bem como a gestante pode esquecer de levar a Caderneta no momento do parto. Análises mais aprofundadas poderiam ser realizadas no município para esclarecer esses aspectos.

Nessa linha de cuidado o município teve resultados que sugerem a necessidade de implantação de estratégias que possam melhorar os indicadores. Uma estratégia fundamental seria manter as atividades dos comitês de mortalidade materno e infantil (CMMI) para que desenvolvam atividades de coleta, produção, análise e divulgação de informações com relação aos óbitos, com finalidade de reduzir as taxas de mortalidade infantil e materna (RUOFF et al., 2017). A mudança no tocante às desigualdades na atenção só será possível quando os profissionais de saúde passarem a regular suas prioridades pelos riscos de saúde através de busca ativa de casos e não somente pela demanda (HAUPERN et al., 1993).

Estudos apontam a clara relação da mortalidade infantil com a atenção à saúde, mesmo em contextos precários de qualidade de vida. O acesso da mãe aos serviços básicos de saúde como: planejamento da gravidez, pré-natal de qualidade e parto adequadamente assistido, e o cuidado adequado à criança durante seu primeiro ano de vida são essenciais para garantir a sobrevivência e o crescimento e desenvolvimento dessa criança. (SARDINHA, 2014)

Em relação ao Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero, no ano de 2016 o resultado do município foi o segundo pior resultado no ranking dos sete municípios da região, em situação pior comparados à média da RRAS 5 e à média do

Estado de São Paulo. Pela análise de médias quadrienais também se percebe uma piora neste indicador nos últimos anos, sinalizando a necessidade de maior atenção às ações de prevenção e oferta e aumento na cobertura de exames de rastreamento, conforme apontam alguns autores (GUERRA et al., 2017; MEIRA et al., 2010; SANTANA et al., 2013).

Os resultados sobre a Razão de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos, são compatíveis com os achados sobre mortalidade por neoplasia de colo de útero. Itapevi apresentou resultados que oscilaram e o estudo de médias quadrienais sugere uma queda neste indicador. Esse fato é preocupante pois os resultados estão abaixo do que é considerado aceitável. Segundo a OMS, com uma cobertura da população-alvo (no mínimo, 80%) e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados dos casos alterados, é possível reduzir a incidência do câncer cervical invasivo. A experiência de alguns países desenvolvidos mostra que a incidência do câncer do colo do útero foi reduzida onde o rastreamento citológico foi implantado com qualidade, cobertura, tratamento e seguimento das mulheres (INCA, [s.d.]).

No tocante à Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos, Itapevi apresentou resultados que oscilaram e a análise de médias quadrienais sugere uma melhora nos últimos anos, mesmo assim está abaixo do esperado. Assim, esse indicador requer um olhar mais atento, pois a recomendação no Brasil, atualizada em 2015, é que mulheres entre 50 e 69 anos façam uma mamografia a cada dois anos. Essa é também a rotina adotada na maior parte dos países que implantaram o rastreamento do câncer de mama e tiveram impacto na redução da mortalidade por essa doença. O câncer de mama pode ser detectado em fases iniciais, em grande parte dos casos, aumentando assim as chances de tratamento e cura. (INCA, [s. d.]

Em resumo, em relação aos dados deste grupo de indicadores, a informação da razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos sugere uma subnotificação, pois esses dados são informados pelo laboratório de referência da região (estadual), o que indica a necessidade da realização de um estudo aprofundado para esclarecer questionamentos sobre a inconsistência da informação.

Também neste grupo de indicadores, os resultados sugerem que existe a necessidade de implantar ações ou estratégias para melhorar seus resultados. Estudos mostram que a garantia de acesso e a busca pela efetividade do rastreamento dos casos alterados de exame de citopatológicos e mamografia devem ser destacados na política

de saúde local (RODRIGUES & BUSTAMANTE-TEIXEIRA, 2011; ALVES et al., 2009).

Ferreira (2009) também destaca a importância de ações educativas para a população feminina com informações sobre o período para iniciar o exame de prevenção do câncer e a necessidade de fazê-lo. A melhora da cobertura de exames e o rastreamento daquelas que nunca realizaram o exame de Papanicolau ou que não realizam com frequência contribui para que haja a diminuição da mortalidade do câncer de colo de útero. Outro fator que pode colaborar na adesão das mulheres ao exame seria o profissional que realiza a coleta do exame ser do sexo feminino, pois as mulheres relatam ser mais fácil em realizar o exame quando o profissional é do sexo feminino (FERREIRA, 2009).

De forma geral, observou-se melhora na Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração, a análise de médias quadrienais sugere uma melhora no resultado deste indicador, o mesmo ocorrendo em relação ao Percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração. As taxas de mortalidade por AVC sofreram grandes oscilações no período, com queda acentuada a partir de 2011, acompanhadas de redução lenta do percentual de óbitos por AVC.

Neste grupo de indicadores, em relação à coleta de dados, houve um questionamento em relação ao percentual de óbitos por AVC, assim foi realizada uma nova coleta no sistema de mortalidade, selecionando todos os óbitos por classificação CID 10 3 dígitos: I60 a I69, na faixa etária de 30 a 59 anos. E realmente os dados coletados foram diferentes da coleta anterior. Talvez um estudo aprofundado deva ser feito para validar essas inconsistências encontradas.

Considerando o longo período analisado, percebe-se a necessidade de implantação de ações de prevenção e fortalecimento da atenção básica para causar impacto positivo nestes indicadores. Alguns estudos concluem que há a necessidade de efetivação de políticas de saúde com foco na prevenção de doenças e promoção da saúde voltadas a esses agravos, considerando o envolvimento de gestores, profissionais e usuários do SUS e busca de uma melhor qualidade de vida. (ALVES et al., 2013)

Segundo OMS e OPAS os mais importantes fatores de risco para doenças cardíacas quanto para AVC são: dietas inadequadas, sedentarismo, tabagismo e etilismo, e podem se manifestar por meio de pressão arterial elevada, glicemia alta, hiperlipidemia, sobrepeso e obesidade. Esses casos podem ser diagnosticados e tratados



em unidades básicas de saúde, são os que indicam maior risco de desenvolver ataques cardíacos, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca e outras complicações. Políticas de saúde que propiciem escolhas saudáveis e acessíveis são importantes estratégias de prevenção para incentivar as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis. (OPAS, 2016)

No período avaliado o indicador de ICSAB no município de Itapevi apresentou tendência de queda e considerando que o parâmetro proposto pelo IDSUS (IDSUS, 2010) é de 28,6 internações por condições sensíveis à atenção básica, o município apresenta resultados positivos.

As internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) são hospitalizações que podem ser evitadas por ações efetivas da AB, são problemas de saúde que podem ser atendidos nas UBS e, na falta de atenção oportuna e efetiva, pode causar internações hospitalares. (NEDELL et al., 2010).

O Percentual da população coberta por saúde suplementar, apesar de apresentar aumento na análise agrupada por quadriênios, tendeu a diminuir nos últimos anos, podendo ser reflexo da crise econômica do País. Estudos apontam que se verifica associação entre o porte populacional e a cobertura de planos de saúde, consta ainda associação entre cobertura dos planos privados e a riqueza medida pelo produto interno bruto (PIB) per capita municipal, e a relação inversamente proporcional de cobertura dos planos à do PSF. Os municípios de pequeno porte do estado de São Paulo, que não dispõem de cobertura significativa dos serviços da saúde suplementar, aderiram de forma mais efetiva à estratégia do PSF. (SALA & MENDES, 2011). Considerando que Itapevi possui uma das menores coberturas de saúde suplementar da região e conseqüentemente alto percentual de população SUS dependente, é necessário considerar o impacto dessa demanda nos serviços municipais de saúde.

No período analisado a média de consultas por habitante nas especialidades básicas em Itapevi diminuiu. Este indicador no ano de 2014 apresentou situação um pouco melhor que a média da RRAS 5 e um pouco pior que a média do Estado de São Paulo. O parâmetro preconizado para o número de consultas médicas pela portaria 1101/GM de 12 de junho de 2002 são de 2 a 3 consultas por habitantes no ano, onde 63% do total de consultas programadas são consultas médicas básicas (aproximadamente). Foi utilizado este parâmetro, pois a atualização do parâmetro de

saúde (MS, 2015) não contempla a média de consultas médicas. A nova proposta prevê os parâmetros por áreas temáticas.

Em síntese, neste conjunto de indicadores, apenas o indicador de ICSAB obteve resultado positivo. Considerando a baixa cobertura de saúde suplementar no município, com um maior número de usuários SUS dependentes, acarretando demanda maior nos serviços de saúde, sugere-se: planejamento de estratégias para minimizar esse impacto como ações para qualificar/manter atualizado o mapeamento e territorialização da área de abrangência; implementar instrumentos de classificação de riscos e vulnerabilidades dos indivíduos e famílias para priorização do acesso à assistência aos mais suscetíveis; fortalecer ações coletivas de promoção e prevenção; privilegiar atendimentos em grupos. Em relação ao indicador de médias de consulta por habitante nas consultas básicas sugere-se necessidade de uma proposta de organização de fluxos, agendas e reposição de vagas.

### 5.1.1. Síntese da análise dos indicadores de saúde

A síntese do desempenho dos indicadores de saúde do município de Itapevi ao longo do tempo pode ser visualizada no Quadro 3.

**Quadro 2.** Quadro síntese do desempenho dos indicadores do município de Itapevi

Desempenho	Indicadores do município de Itapevi	Varição
Favorável	Taxa de Mortalidade infantil	Redução de 2,86 ( 22,42%) na análise de médias da taxa agrupada por quadriênio (2009-2012 e 2013-2016)
	Mamografia de rastreamento	Varição positiva de 0,16 (68,08%) na análise de médias da razão de mamografia de rastreamento por quadriênio (2009-2012 e 2013 - 2016)
	Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração	Varição negativa de 8,86 (13,37%) na análise das médias da taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração agrupada dos quadriênios (2007 - 2010 e 2011 - 2014)
	Percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração	Varição negativa de 1,61 (11,34%) na análise das médias do percentual de mortalidade por doenças isquêmicas do coração agrupada dos quadriênios (2007 - 2010 e 2011 - 2014)
	Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral	Apresentou variação negativa de 2,38 (33,76%)na análise das médias do percentual agrupada dos quadrienios (2009-2012 e 2013-2016)
	Percentual de óbitos por acidente vascular cerebral	Apresentou variação negativa de 2,38 (24,81%)na análise das médias do percentual agrupada dos quadrienios (2009-2012 e 2013-2016)
	Percentual de internações por condições sensíveis a atenção básica	Varição negativa de 0,51 (%) na análise das médias do percentual de internações por ICSAB agrupada por quadriênio (2009-2012 e 2012 2015)
	Percentual da população com cobertura de saúde suplementar	Varição positiva na análise de médias do percentual de cobertura de saúde suplementar nos dois períodos agrupados por quadriênio
Estabilidade	Percentual de NV com baixo peso ao nascer	Varição negativa de 1,00 (9,68%) pouco significativa na análise de médias do percentual agrupada dos quadriênios (2008-2001 e 2012 - 2015)
	Percentual de NV de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Varição negativa de 3,28 (4,77%) pouco significativa na análise de médias do percentual agrupada dos quadriênios (2008 - 2011 e 2012 - 2015)
Desfavorável	Taxa de incidência de sífilis congênita	Varição positiva de 1,12 (34,30%) na análise de médias da taxa agrupada dos quadriênios (2009-2012 e 2013 - 2016)
	Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero	Varição positiva de 1,04 (21,66%) na análise de médias agrupada dos quadriênios (2009-2012 e 2013 - 2016)
	Razão de exames citopatológicos de colo de útero	Varição negativa de 0,14 (22,58%) na análise de médias agrupadas dos quadriênios (2009 - 2012 e 2013 -2016)
	Média de consultas/hab nas especialidades básicas	Varição negativa de 1,12 (55,17%) na análise de médias agrupadas dos quadriênios 2007-2010 e 2011 - 2014

**Fonte:** Elaborado pela autora baseado em dados coletados da análise dos indicadores.

De forma geral os seguintes indicadores de saúde apresentaram melhora ao longo do período analisado: taxa de mortalidade infantil, razão de mamografia de rastreamento, taxa de mortalidade por DIC, percentual de óbitos por DIC, taxa de mortalidade por AVC, percentual de óbitos por AVC, percentual de ICSAB e percentual de população coberta por saúde suplementar. Estabilização nos indicadores de percentual de baixo peso ao nascer e percentual de NV de mães com sete ou mais

consultas de pré-natal. Houve piora nos indicadores de taxa de incidência de sífilis congênita, coeficiente de mortalidade por neoplasia do colo do útero, razão de exames citopatológicos do colo uterino e média de consultas por habitante/ano nas especialidades básicas.

Vale lembrar uma possível limitação desse estudo, em função da taxa bruta de mortalidade expressar a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população, que pode ser influenciada pela estrutura da população quanto à idade e ao sexo e estar associada a baixas condições socioeconômicas ou elevada proporção de pessoas idosas na população total (RIPSA, 2012). Embora o ideal seja trabalhar com a taxa padronizada de mortalidade dos indicadores para o dado regional, os dados apresentados possibilitaram aos participantes discutir a situação do município frente à realidade da Região.

## 5.2. SOBRE AS OFICINAS

Um dos aspectos negativos das oficinas foi a falta de adesão por parte dos profissionais da rede, para um processo participativo como esse é muito importante o envolvimento da coordenação de enfermagem que apoia e incentiva a participação dos profissionais. Mesmo contando com esse apoio tivemos uma baixa adesão, pois seria interessante que pelo menos um profissional de cada unidade participasse das oficinas. Foram feitas 17 adesões e na oficina de maior participação tivemos 9 participantes. A disponibilidade de tempo para participar das oficinas também foi prejudicada pela falta de profissionais na ponta, impossibilitando aos participantes se ausentarem das unidades.

Em relação à participação, as estratégias propostas mostraram-se eficazes do ponto de vista de aprendizado, conhecimento e troca de experiências. Os participantes foram provocados a repensar as suas práticas e a rotina em seu local de trabalho.

Na oficina 1, alguns participantes tiveram inicialmente um pouco de dificuldades em relação à atividade proposta, interpretando que teriam que calcular o indicador, outros desconheciam alguns dos indicadores propostos para o trabalho, porém um dos grupos entendeu prontamente a proposta de trabalho.

De um modo geral o modelo de oficinas propõe a possibilidade de troca de experiências sobre os temas, permitindo a problematização das discussões, estimular a visão geral e motiva a compreensão da experiência individual e coletiva (CHIESA & WESTPHAL, 1995)

### 5.3. SOBRE A CARTILHA

A proposta do formato de cartilha vem ao encontro de algumas propostas de teor educativo identificadas em outros estudos. Alguns exemplos que tem como produto a cartilha, são “O uso de plantas medicinais e fitoterápicos” (voltadas ao usuário) (MACHADO et al., 2014), “Você conhece a doença renal crônica?” (para os profissionais de saúde) (SANTOS & BASTOS, 2017), “Influenza/Gripe – O profissional da saúde precisa saber” (para os profissionais de saúde) (VIEIRA et al., 2013), entre outras. Nesses estudos foram utilizadas metodologias de construção coletiva semelhantes às de oficinas realizadas no presente estudo, ora com a participação de profissionais de saúde, ora de usuários. Porém, cartilhas com a mesma temática de indicadores utilizadas para reflexão e apropriação dos profissionais de saúde, não foram encontradas na literatura.

A avaliação dos indicadores proposta aos participantes tem o formato simples de cores que sinalizam o vermelho como avaliação negativa, amarelo como sinal de alerta e verde como avaliação positiva. A avaliação realizada sugere que houve bom entendimento por parte dos participantes, desenvolvendo o senso crítico, e que mesmo para alguns indicadores que poderiam ter uma avaliação menos rigorosa, isso não foi o que aconteceu. Foi interessante observar que os participantes adotaram avaliações mais rigorosas pois acharam que dessa forma chamariam mais atenção para a discussão, para pensar em formas para melhorar as suas práticas. Foi também proposta do grupo utilizar os indicadores atualizados para futuras discussões, como uma forma de *feedback*, realizadas pelo menos uma vez ao ano.

#### 5.4. ANÁLISE DAS OFICINAS

Em relação às barreiras encontradas na utilização de indicadores para pensar (repensar) as práticas de saúde, evidenciou-se a falta de capacitação, falta de profissionais, desconhecimento, ausência de educação permanente e problemas organizacionais como a alta rotatividade de profissionais.

Pereira e Tomasi (2016) citam que gestores e trabalhadores devem estar atentos à análise dos indicadores de saúde, com potencial bastante grande para qualificar as ações de saúde, quando avaliados adequadamente e identificam em seu trabalho a disponibilidade de infraestrutura de tecnologias de informação e capacitação dos gestores e trabalhadores como desafios para utilização da ferramenta informatizada de monitoramento de indicadores; mencionam também a importância de desenvolver essa ferramenta ao nível de mestrado profissional, cujo propósito é a qualificação do trabalhador e aprimoramento do ambiente de trabalho. (PEREIRA & TOMASI, 2016)

Outros estudos com temáticas diferentes citam barreiras semelhantes (rotatividade de profissionais, falta de conhecimento, problemas relacionados aos processos de trabalho) aos encontrados na oficina de indicadores. No estudo de Teixeira et al. (2017) sobre atenção psicossocial de crianças e adolescentes e AB, são citados como obstáculos ao trabalho a alta rotatividade dos profissionais que dificulta o vínculo com o usuário e a longitudinalidade do cuidado, o desconhecimento dos recursos existentes e falta de clareza ao modo de funcionamento dos serviços, e dificuldades relacionadas aos processos de trabalho. (TEIXEIRA et al., 2017).

Sobre os facilitadores para utilização de indicadores, os depoimentos e discussões sugerem que as reuniões de equipe seriam espaços que poderiam ser utilizados para trabalhar os indicadores como forma de avaliar, planejar e repensar as práticas. Outros estudos mencionam que as reuniões de equipe, no rol de ações de uma unidade, representam a possibilidade de encontros entre trabalhadores, espaço ideal a propostas de novos saberes e valorização, constituindo um espaço importante de reflexão de práticas e integração entre os trabalhadores da equipe, delineando planejamento e avaliação em saúde. Contudo podem não ser compreendidas como um facilitador do trabalho se forem encaradas como mais uma obrigatoriedade do serviço com caráter informativo e burocrático (BEZERRA et al., 2016)

Nas ações para melhorar as práticas surgiram várias contribuições como a necessidade de uma educação permanente efetiva (presente em 3 grupos de discussão),

de protocolos e fluxos definidos (presente em 3 grupos de discussão), organização do serviço (presente em 3 grupos de discussão), implementar ações preventivas (presente nos 4 grupos de discussão). Estudos como o de Machado (2015) sinalizam os desafios na gestão do trabalho e da educação dos profissionais, que deve contemplar a necessidade de saúde, com grade curricular que insira os ideais do SUS, desenvolvendo competências e habilidades para o trabalho em equipe com qualidade e humanização nas ações de saúde (MACHADO et al., 2015)

Shimizu e Rosales (2009) citam em seu estudo a necessidade de melhorias nas práticas relativas à gestão do serviço (gestor, profissionais e usuários) consistindo na habilidade em avaliar problemas encontrados e os recursos necessários garantindo a integralidade da atenção, com integração dos serviços através de redes assistenciais. (SHIMIZU & ROSALES, 2009)

Estudos evidenciam que a utilização de protocolos subsidia os profissionais a tomar decisões específicas para cada caso, normatizando e padronizando a conduta conferindo qualidade ao atendimento. (TOSO et al., 2016; ABRANTES et al., 2008; MOLINA et al., 2012)

A organização de processo de trabalho na atenção básica e das relações na equipe de trabalho são contemplados no projeto “Vivendo o SUS” sendo importante por fazer parte de mudança curricular, propiciando ao estudante de medicina a percepção de situações por uma experiência vivenciada. (ANJOS et al., 2010)

A organização do trabalho, quando aponta postos, competências, qualificações e as relações entre pessoas produz um modelo que os sujeitos aprendem e pensam sobre si mesmos. A principal dificuldade da gestão do trabalho coletivo em saúde se relaciona com sujeitos individuais e coletivos, onde os trabalhadores estão sob o domínio dos processos de trabalho que os aproximam e os afastam da crença que é possível um projeto de atenção à saúde com referência à integralidade da atenção, para isso é preciso se tornar agente de mudanças. (SCHEREN et al., 2009)

Guedes et al. (2009) entendem que o movimento de mudanças das práticas e da organização do trabalho será eficaz por meio da problematização dos modos de cuidar e gerir instituídos, se estiverem conectados com as práticas de trabalho nos serviços de saúde, com os trabalhadores e usuários. A Política Nacional de Humanização afirma que a gestão e atenção são inseparáveis entendendo que a gestão dos processos de trabalho em saúde não pode ser entendida como tarefa administrativa separada das práticas de cuidado. Com isso colabora e presta suporte para que os coletivos mudem seus

processos de trabalho tornando-os mais democráticos e criativos, ampliando a capacidade de acolher e resolver necessidades de saúde e contribuindo para a implantação de processos de mudança e sustentabilidade. (GUEDES et al., 2009)

Em relação ao tema prevenção, Oliveira e Albuquerque (2008) citam que no PSF, como uma prática comum a todos os profissionais da ESF, o foco na emancipação e desenvolvimento do autocuidado dos indivíduos é um aspecto positivo do trabalho. Os profissionais apontam as atividades educativas de prevenção e promoção de saúde como uma nova linguagem de trabalho (OLIVEIRA & ALBUQUERQUE, 2008)

Sobre as potencialidades na utilização de indicadores, Micos et al. (2015) citam que no âmbito municipal, comparar e avaliar a partir de parâmetros factíveis com municípios de mesmo porte, com condições de gestão semelhantes, parece estimular a busca de melhor desempenho. (MICLOS et al., 2015)

O presente estudo sugere, como no estudo de Weigelt et al. (2012), que as discussões sobre a realidade local para criar e ampliar estratégias de monitoramento e avaliação através de indicadores de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde, ou por indicadores apontados pelos gestores municipais podem constituir uma oportunidade de diálogo e aprendizagem, pois os dados coletados necessitam de interpretação e entendimento. Assim a avaliação, o fornecimento dos dados, o julgamento e tomada de decisão em torno do indicador, torna-se um dispositivo de mudança quando desenvolvido com competência e responsabilidade, e ainda existem informações registradas rotineiramente pelos serviços que não são utilizadas na análise da situação de saúde, nem para a definição de prioridades e orientação das práticas. Weigelt et al. (2012) citam também que se observou uma baixa capacidade técnica e frágil compreensão de processos avaliativos no serviço público. (WEIGELT et al., 2012)

## **6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo através das discussões trouxe algumas contribuições/sugestões para melhoria em alguns aspectos como a falta de comprometimento ou problemas com a equipe. As reuniões periódicas (diariamente ou semanalmente) para discutir todas as questões que perpassam o trabalho da equipe, que são realizadas em algumas UBS, poderiam ser ampliadas, pois os espaços de conversas de equipe são extremamente



importantes para se pensar em indicadores e repensar como está a prática de cada indivíduo da equipe.

Em relação à falta de comprometimento de alguns membros da equipe, discutiu-se a necessidade de fortalecer a idéia de equipe, que todos fazem parte de algo e têm algo a contribuir. Que produzir cuidado é diferente de produzir uma peça de computador, é muito mais delicado, implicador e envolve afetos que podem interferir no trabalho. Além disso, discutiu-se a importância de compartilhar com os colegas quando alguém não se sente preparado para lidar com as dificuldades, pois compartilhar as dificuldades e alegrias, fazer essas trocas, pode fortalecer o vínculo da equipe e com o trabalho.

Outra questão percebida foi que talvez uma das dificuldades seria a falta de experiência dos coordenadores, que vieram da assistência, e ainda estão em um momento de construção com pouca familiaridade com a gestão, ponto importante na discussão, com referência à capacitação e formação. Outro fator seria o momento de insatisfação que os profissionais estão vivenciando, muitos com grande expectativa em relação à nova gestão, que ainda não teve tempo para implantar as novas propostas.

Apesar das dificuldades, o presente estudo sugere que trabalhar com indicadores neste formato de cartilha parece ser positivo e produtivo gerando a possibilidade na elaboração de propostas envolvendo os profissionais de saúde. Sugere-se que essa pode ser uma estratégia a ser utilizada pela gestão para utilizar a cartilha na rede municipal, fomentando as discussões para melhoria nas práticas de saúde local.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes PM, Magalhães SMS, Acúrcio FA, Sakurai E. A qualidade da prescrição de antimicrobianos em ambulatórios públicos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2008 [acesso em 20 dez 2017];13(Supl):711-20. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-81232008000700021&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232008000700021&lng=pt&tlng=pt)
- Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública*. 2008 ago;24(8):1727-42.
- Alves CMM, Guerra MR, Bastos RR. Tendência de mortalidade por câncer de colo de útero para o Estado de Minas Gerais, Brasil, 1980-2005. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso em 12 nov 2017];25(8):1693-700. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/05.pdf>
- Alves SRP, Silva JM, Freitas FFQ, Andrade FB, Silva GNS, Virgínio NA. Perfil epidemiológico das doenças cardíacas no Estado da Paraíba: uma análise de 2008 a 2009. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 2013;11(2):40-54
- Anjos RMP, Gianini RJ, Minari FC, Luca AHS. “Vivendo o SUS”: uma experiência prática no cenário da atenção básica. *Rev Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2010 [acesso em 20 dez 2017];34(1):172-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a21v34n1.pdf>
- Bando DH, Kawano MK, Kumagai LT, Gouveia JLV, Reis TM, Bernardo ES, et al. Tendências das taxas de mortalidade infantil e de seus componentes em Guarulhos-SP, no período de 1996 a 2011. *Epidemiol Ser Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 12 nov 2017]; 23(4):767-72. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00767.pdf>
- Bardin L. Análise de conteúdo. Reto LA, Pinheiro A tradutor. Lisboa: edições70; 1977.
- Batista Filho M, Cruz RSBLC. A saúde das crianças no mundo e no Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infantil Recife* [Internet]. 2015 [acesso em 10 nov 2017];15(4):451-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n4/1519-3829-rbsmi-15-04-0451.pdf>
- Bezerra TCA, Falcão MLP, Goes PSA, Felisberto E. Avaliação de Programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 19 dez 2017];14(2):445-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00111.pdf>
- Carreno I, Moreschi C, Marina B, Hendges DJB, Rempel C, Oliveira MMC, et al. Análise da utilização do Sistema de informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(3):947-56.
- Chiesa AM, Westphal MF. A Sistematização de Oficinas Educativas Problematicadoras no Contexto dos Serviços Públicos de Saúde. *Saúde em Debate*. 1995;(46):19-22.

CNESWEB [Internet]. [acesso em 10 abril 2016]. Disponível em:  
[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp)

Castro ALB. A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008 [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

DAB. Portal do Departamento de Atenção Básica [Internet]. [acesso em 18 set 2016]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)

DATASUS. Painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal [Internet]. [acesso em 09 nov 2017]. Disponível em:  
<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>

Domingues RMSM, HartzII ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [acesso em 10 nov 2017];28(3):425-37. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>

e-Gestor Atenção Básica. Informação e Gestão da Atenção Básica [Internet]. [acesso em 30 nov 2017]. Disponível em:  
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(3):669-81.

Feitosa RMM, Paulino AA, Lima Junior JOS, Oliveira KKD, Freitas RJM, Silva WF. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Saúde Soc São Paulo [Internet]. 2016 [acesso em 20 jan 2017];25(3):821-9. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00821.pdf>

Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo percepção de mulheres. Esc Anna Nery Rev Enfermagem [Internet]. 2009 [acesso em 9 mai 2017];13(2):378-84. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a20.pdf>

Figueiredo LA, Pinto IC, Marciliano CSM, Souza MF, Guedes AAB. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto – SP. Caderno de Saúde Coletiva. 2010;18(3):418-23.

Gaiva MAM, Fujimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [acesso em 10 nov 2017];48(5):778-

86. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt\\_0080-6234-reeusp-48-05-778.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-778.pdf)

Garcia ACP, Lima RCD, Galavote HS, Coelho APS, Vieira ECL, Silva RC, et al. Agente comunitário de Saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 19 dez 2017];15(1):283-300. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v15n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00039.pdf>

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro [Internet]. [acesso em 10 abr 2016]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/06.pdf>

Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB. Os Processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2009 [acesso em 21 dez 2017];10(4):1087-109. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a10.pdf>

GuerraI MR, Bustamante-Teixeira MT, Corrêa CSL, Abreu DMX, Curado MP, Mooney M, et al. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 [acesso em 12 nov 2017];20(1):102-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20s1/1980-5497-rbepid-20-s1-00102.pdf>

Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1998 [acesso em 10 nov 2017]; 14(3):487-92. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/1998.v14n3/487-492/pt>

IDSUS. Índice de desempenho do sistema único de saúde, 2010 [Internet]. [acesso em 17 nov 2017]. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/simplificadas.html>

Inca. Câncer Detecção precoce [Internet]. [acesso em 12 nov 2017]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_nacional\\_controle\\_cancer\\_colo\\_uterio/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/deteccao_precoce)

Inca. Câncer de mama, Detecção precoce [Intenet]. [acesso em 12 nov 2017]. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/deteccao\\_precoce++](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/deteccao_precoce++)

Machado HL, Moura VL, Gouveia NM, Costa GA, Espindola FS, Botelho FV. Pesquisa e atividades em fitoterapia desenvolvidas pela Rede Fito Cerrado: uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos por idosos em Uberlândia-MG. *Rev Bras Pl Med* [Internet]. 2014 [acesso em 4 nov 2017];16(3):527-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v16n3/08.pdf>

Machado JFFP, De Carli AD, Kodjaoglanian VL, Santos MLM. Educação permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul.

Saúde Debate [Internet]. 2015 [acesso em 19 dez 2017];39(104):102-13.  
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00102.pdf>

Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde. Divulgação em Saúde para Debate. 2014;(52):8-14.

Malik AM, Schiesari LMC. Saúde e Cidadania. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde (Para gestores municipais de serviços de saúde) [Internet]. 1998. v. 3 [acesso em 12 out 2016]. Disponível em:  
[http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_03/08.html](http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/08.html)

Marcolino JS, Scochi MJ. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2010 jun; 31(2):314-20

Meira KC, Gama SGN, Silva CMFP. Perfil de mortalidade por câncer do colo de útero no Município do Rio de Janeiro no período de 1999 – 2006. Rev Bras de Cancerologia [Internet]. 2011 [acesso em 12 nov 2017];57(1):7-14.  
Disponível em:  
[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_57/v01/pdf/03\\_artigo\\_perfil\\_mortalidade\\_cancer\\_uterio\\_rio\\_de\\_janeiro\\_1999.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/03_artigo_perfil_mortalidade_cancer_uterio_rio_de_janeiro_1999.pdf)

Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios com indicador sintético. Saúde em Debate [Internet]. 2015 [acesso em 21 dez 2017];39(107):984-96. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n107/0103-1104-sdeb-39-107-00984.pdf>

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1996.

Ministério da Saúde (BR). Portaria 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes da Atenção Básica no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Diário Oficial União. 22 set 2017;Seção 1:68.

Ministério da Saúde (BR). Caderno de Diretrizes: Objetivos, metas e indicadores 2013 – 2015. 2. ed. Brasília (DF); 2014.

Ministério da Saúde (BR). PNAB. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2012.

Ministério da Saúde (BR). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília (DF); 2011. v. 3. (Coleção para entender do SUS).

Ministério da Saúde (BR). Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e aplicações. Brasília (DF); 2008.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Análise dos Indicadores da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Brasília (DF); 2008.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006. v. 4, p. 7-48. (Séries Pacto pela Saúde).

Ministério da Saúde (BR). Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia da Saúde da Família. Documento técnico. Brasília (DF); 2005. (Série B. Textos básicos de Saúde).

Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM, Tomasi E, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. Rev Psiq Clin [Internet]. 2012 [acesso em 20 dez 2017]; 39(6):194-7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0101-60832012000600003&lng=p&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-60832012000600003&lng=p&tlng=pt)

Nedell FB, Facchini LA, Martin M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2010 [acesso em 18 nov 2017]; 19(1):61-75. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf>

Oliveira SF, Albuquerque FJB. Programa Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. Psicologia & Sociedade [Internet]. 2008 [acesso em 20 dez 2017]; 20(2):237-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a11v20n2.pdf>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS-Brasil). Doenças cardiovasculares. 2016 [acesso em 2017 nov 18]. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839)

Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet [Internet]. 2011 [acesso em 17 jan 2017]; 377(9779):1778-97. Disponível em: [http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_822103381.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf)

Pereira BS, Tomasi E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 22 dez 2017]; 25(2):411-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00411.pdf>

Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [acesso em 13 out 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Características dos indicadores: Fichas de qualificação da RIPSa [Internet]. 2012 [acesso em 21 fev 2017]. Disponível em: [http://fichas.ripsa.org.br/2012/a-10/?l=pt\\_BR](http://fichas.ripsa.org.br/2012/a-10/?l=pt_BR)

Rodrigues AD, Bustamante -Teixeira MT. Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo de útero em município de porte médio da Região Sudeste do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [acesso em 12 nov 2017]; 27(2):241-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/05.pdf>

Sala A, Mendes JDV. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. Saúde Soc São Paulo [Internet]. 2011 [acesso em 18 nov 2017]; 20(4):912-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/09.pdf>

Santana CKLSL, Rezende SRF, Manrique EJC. Tendência de mortalidade por câncer do colo de útero no Estado de Goiás no período de 1989 a 2009. Rev Bras de Cancerologia [Internet]. 2013 [acesso em 12 nov 2017]; 59(1):9-16. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v01/pdf/03-tendencia-de-mortalidade-porcancer-do-colo-do-uterio-no-estado.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v01/pdf/03-tendencia-de-mortalidade-porcancer-do-colo-do-uterio-no-estado.pdf)

Santos Filho SB. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e do trabalho como relação de serviço [Debate]. Tempus: Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 2011 [acesso em 13 out 2016];5(1):11-32. Disponível em: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/987/923>

Santos RR, Niquini RP, Domingues RMSM, Bastos FI. Conhecimento e conformidade quanto às práticas de diagnóstico e tratamento da sífilis em maternidades de Teresina – PI, Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2017 [acesso em: 10 dez 2017];39(9):453-63. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0100-72032017000900453&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-72032017000900453&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)

Sardinha LMV. Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal; 2007-2010 [acesso em 09 mai 2017]. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16396/1/2014\\_LuacianaMonteiroVascancelosSardinha.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16396/1/2014_LuacianaMonteiroVascancelosSardinha.pdf)

Scheren MDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [acesso em 21 dez 2017];43(4):721-5. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-520826>

Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional [Internet]. [acesso em 10 abr 2016]. Disponível em: [http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/362\\_RCCS\\_85\\_Mauro\\_Serapioni.pdf](http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/362_RCCS_85_Mauro_Serapioni.pdf)

Serviço de Vigilância Epidemiológica, Coordenação do Programa Estadual - DST/Aids-SP, Coordenadoria de Controle de Doenças - CCD, Secretaria de Estado da Saúde - SES/SP. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 [acesso em 8 nov 2017]; 42(4):768-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/itss.pdf>

Shimizu HE, Rosales C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? Rev. Bras Enferm [Internet]. 2009 [acesso em 19 dez 2017];62(3):424-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672009000300014&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672009000300014&script=sci_abstract&lng=pt)

Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2014;24(4):1207-28.

Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: UNESCO; 2004.

Secretaria de Estado da Saúde - SES/SP [Internet]. [acesso em 10 out 2016] . Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes-de-saude/rol-deindicadores-de-avaliacao-da-atencao-basica>

Teixeira MR, Couto MC, Delgado PGG. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2017 [acesso em 4 dez 2017];22(6):1933-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1933.pdf>

Toso BRGO, Filippon J, Giovanella L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. Rev. Bras Enferm [Internet]. 2016 jan-fev [acesso em 10 nov 2017];69(1):182-91. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-771983>

Tourinho AB, Reis LBSM. Peso ao nascer: uma abordagem nutricional. Com. Ciências Saúde [Internet]. 2013 [acesso em 10 nov 2017];22(4):19-30. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista\\_ESCS\\_v23\\_n1\\_a02\\_peso\\_ao\\_nascer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n1_a02_peso_ao_nascer.pdf)

Ugá MAD, Marques RM. Sobre o financiamento da seguridade social e, em particular, da saúde. Saúde em Debate. 2006 jan-abr;30(72):80-8.

Viana ALD, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2006 [acesso em 15 jan 2017];11(3):577-606. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30976.pdf>

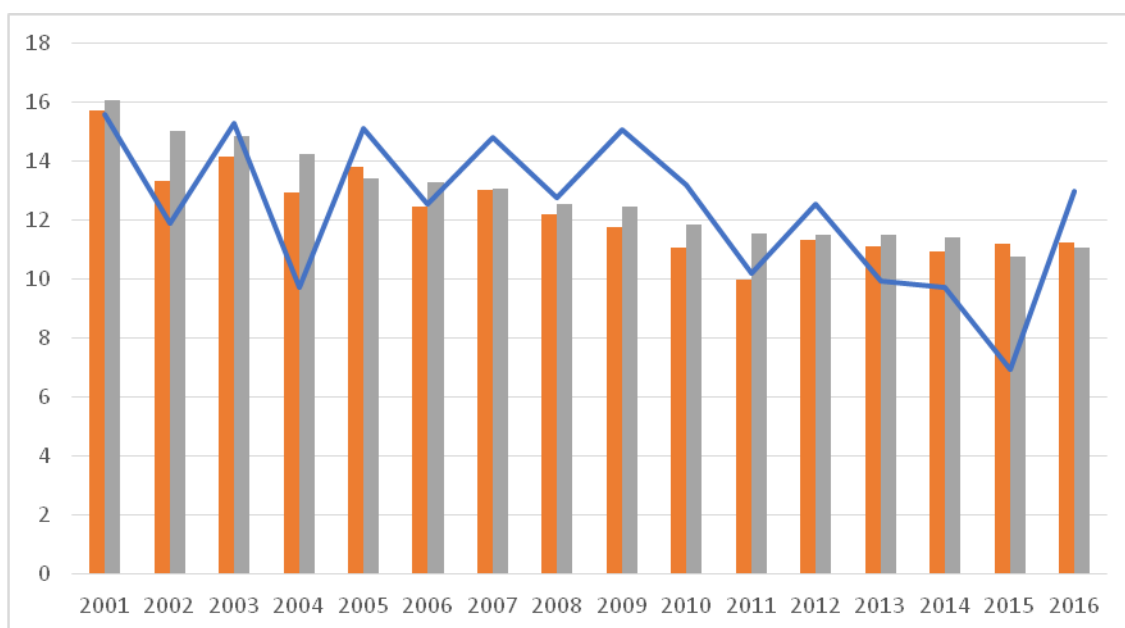


Vieira RHG, Erdmann AL, Andrade SR. Vacinação contra influenza: Construção de um instrumento educativo para maior adesão dos profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 4 nov 2017]; 22(3):603-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072013000300005&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072013000300005&script=sci_abstract&lng=pt)

Weigelt LD, Mancio JG, Petry ELS. Indicadores de Saúde na visão dos gestores dos municípios no âmbito da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde - RS. *Barbarói* [Internet]. 2012 jan-jun [acesso em 21 dez 2017];(36):191-205. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n36/n36a12.pdf>

## **ANEXO 1 – CARTILHA**

## Cartilha de Indicadores da Atenção Básica



Itapevi – 2017

## Agradecimentos

Um agradecimento especial à minha super orientadora Sonia, pelo carinho e paciência...

Ao amigo Tiago Costa pela amizade e colaboração...

À Geralda Vieira de Carvalho pela disponibilidade em compartilhar e nos orientar com seu grande conhecimento...

À secretária municipal de Saúde Dra. Aparecida Luiza Nasi Fernandes por apoiar a realização deste projeto...

Aos profissionais da Rede de Saúde de Itapevi: Ana Margareth C. Barbosa, Antonia de Maria Alves de Sousa, Cassius de Oliveira, Erica Roosch Untakircher, Joana E. M. Reis, Leda Pinheiro Araujo, Maria Candida L. Gil, Maria Cristina dos Santos, Reginéia Rosa Faria, Solange Aparecida R. C. Lopes sem os quais não seria possível a construção desta cartilha...

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - período de 2001 a 2016* .....	5
Tabela 2. Percentual de Nascidos Vivos (NV) com peso < 2,5 kg por município, RRAS 5 e Estado de SP – período de 2001 a 2015.....	8
Tabela 3. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2007 a 2016. ....	11
Tabela 4. Percentual de Nascidos Vivos de mães com 7 ou mais consultas no pré-natal segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2000 a 2015.....	14
Tabela 5. Taxa de Mortalidade por Câncer de Colo Útero segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2001 a 2016. ....	17
Tabela 6. Razão de exames citopatológicos do colo de útero segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2008 a 2016 .....	21
Tabela 7. Razão de mamografias de rastreamento segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2009 a 2016 .....	23
Tabela 8. Taxa de mortalidade por DIC segundo município, RRAS 5 e Estado de SP, no período de 2001 a 2014. ....	26
Tabela 9. Percentual de óbitos por Doenças Isquêmicas do Coração segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2001 a 2014 .....	30
Tabela 10. Taxa de mortalidade por AVC segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2001 a 2014 .....	32
Tabela 11. Percentual de óbitos por AVC segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2001 a 2016 .....	35
Tabela 12. Percentual de internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica por Município, RRAS 5 e Estado de SP, no período de 2001 a 2015 .....	39
Tabela 13. Percentual da população coberta pela saúde suplementar segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2001 a 2016	41
Tabela 14. Média de consultas Habitantes/normal por Município, RRAS 5 e Estado de SP, no período de 2000 a 2014 .....	44

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Taxa de mortalidade Infantil - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP – 2001 a 2016 .....	6
Gráfico 2. Média móvel da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) – Itapevi - 2001 a 2016.....	7
Gráfico 3. Percentual de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP – 2001 a 2015 .....	9
Gráfico 4. Média Móvel do percentual de N V com baixo ao nascer – Itapevi -2001 a 2015.....	10
Gráfico 5. Taxa de incidência de Sífilis Congênita - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado SP - 2007 a 2016.....	12
Gráfico 6. Média Móvel da taxa de incidência de sífilis congênita - Itapevi - 2007 a 2016.....	12
Gráfico 7. Percentual de Nascidos Vivos de mães com 7 consultas ou mais de pré-natal - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado - 2000 a 2015. ....	15
Gráfico 8. Média móvel do percentual de NV de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal – Itapevi - 2000 a 2015.....	15
Gráfico 9. Taxa de Mortalidade por Neoplasia de colo de Útero - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2001 a 2016. ....	18
Gráfico 10. Média móvel da taxa de mortalidade por neoplasia de colo de útero - Itapevi - 2001 a 2016.....	19
Gráfico 11. Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos – Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2008 a 2016. ..	21
Gráfico 12. Média móvel da razão de exames do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos – Itapevi - 2008 a 2016 .....	22
Gráfico 13. Razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2009 a 2016.....	24
Gráfico 14. Média móvel da razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos – Itapevi - 2009 a 2016.....	25
Gráfico 15. Taxa de mortalidade por DIC - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2001 a 2014 .....	27
Gráfico 16. Média móvel da taxa de mortalidade por DIC – Itapevi - 2001 a 2014.....	28
Gráfico 17. Percentual de óbitos por DIC - Itapevi, RRAS 5 e Estado de SP - 2001 a 2014 .....	30
Gráfico 18. Média móvel do percentual de óbitos por DIC – Itapevi - 2001 a 2014.....	31
Gráfico 19. Taxa de mortalidade por AVC - Itapevi, RRAS 5 e Estado de SP - 2001 a 2014 .....	33
Gráfico 20. Média Móvel da taxa de mortalidade por AVC – Itapevi - 2001 a 2014.....	33
Gráfico 21. Percentual de óbitos por AVC - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016 .....	36
Gráfico 22. Média móvel do percentual de óbitos por AVC – Itapevi - 2001 a 2016...	36
Gráfico 23. Percentual de internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2001 a 2015.....	39

Gráfico 24. Média Móvel do percentual de internações por CSAB e – Itapevi - 2001 a 2015.....	40
Gráfico 25. Percentual da população coberta pela saúde suplementar - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2001 a 2016.....	42
Gráfico 26. Média móvel do percentual de população cobertura pela Saúde Suplementar – Itapevi - 2001 a 2016.....	42
Gráfico 27. Média de consultas Habitantes/ normal - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2000 a 2014.....	45
Gráfico 28. Média móvel da média de Consultas Habitantes/Normal – Itapevi - 2000 a 2014.....	45

#### **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1. Quadro síntese com avaliação dos indicadores sinalizadas por cores .....	47
--	----

**SIGLAS**

CCD	Coordenadoria de Controle de Doenças
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
FSEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MI	Mortalidade Infantil
NV	Nascidos Vivos
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RRAS 5	Rede Regional de Atenção à Saúde
SESSP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
VE-PEDST/AIDS-SP	Vigilância Epidemiológica - Programa Estadual de DST/Aids-SP



## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>4</b>
<b>1. INDICADORES QUE REFLETEM A LINHA DE CUIDADO À ATENÇÃO MATERNO INFANTIL</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2. PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS COM PESO &lt; 2,5KG</b> .....	<b>8</b>
<b>1.3. INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA</b> .....	<b>11</b>
<b>1.4. PERCENTUAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL</b> .....	<b>14</b>
<b>2. INDICADORES QUE REFLETEM A ATENÇÃO A LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA MULHER</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1. COEFICIENTE DE MORTALIDADE POR NEOPLASIA DE COLO DE ÚTERO</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2. RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DE ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS</b> .....	<b>20</b>
<b>2.3. RAZÃO DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS</b> .....	<b>23</b>
<b>3. INDICADORES QUE REFLETEM A ATENÇÃO À LINHA DE CUIDADO AS DOENÇAS CRÔNICAS.</b> .....	<b>26</b>
<b>3.1. TAXA DE MORTALIDADE POR DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO – 30 A 59 ANOS</b> .....	<b>26</b>
<b>3.2. PERCENTUAL DE ÓBITOS POR DOENÇAS ISQUÊMICAS DO CORAÇÃO – 30 A 59 ANOS</b> .....	<b>29</b>
<b>3.3. TAXA DE MORTALIDADE POR AVC – 30 A 59 ANOS</b> .....	<b>32</b>
<b>3.4. PERCENTUAL DE ÓBITOS POR AVC – 30 A 59 ANOS</b> .....	<b>35</b>
<b>4. INDICADORES QUE REFLETEM O ACESSO E A QUALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE</b> .....	<b>38</b>
<b>4.1. PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À</b> .....	<b>38</b>
<b>4.2. PERCENTUAL DA POPULAÇÃO COBERTA PELA SAÚDE SUPLEMENTAR</b> .....	<b>40</b>
<b>4.3. MÉDIA DE CONSULTAS BÁSICAS EM UBS, CENTRO E POSTO DE</b> .....	<b>44</b>
<b>5. SÍNTESE DA AVALIAÇÃO DOS INDICADORES</b> .....	<b>47</b>

## APRESENTAÇÃO

Esta cartilha é um produto do projeto de mestrado profissional do Instituto de Saúde, intitulado “Análise de indicadores e sua apropriação para mudanças nas práticas dos profissionais da Atenção Básica”.

A primeira etapa do trabalho consistiu na análise de um conjunto de indicadores de saúde relacionados à Atenção Básica, tendo como fonte o Rol de indicadores de avaliação da atenção básica (<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/informacoes-de-saude/rol-de-indicadores-de-avaliacao-da-atencao-basica>). As análises tiveram como foco o município de Itapevi e comparações com RRAS 5 e o estado de São Paulo.

A seguir, foi utilizada a Oficina como método de trabalho, possibilitando uma série de encontros com um tema delimitado, que privilegiou trajetórias facilitadoras, problematização das questões, troca de conhecimentos, análise e discussão dos conteúdos. (CHIESA & WESTPHAL, 1995)

Na Oficina 1 foram apresentados aos profissionais de saúde do município de Itapevi um conjunto de indicadores da Atenção Básica, e os participantes foram convidados a refletir sobre o significado de cada indicador e interpretá-los com base em sua tendência e comparação com a RRAS 5 e o Estado de São Paulo. Além disso, refletiram sobre o impacto que as práticas de saúde no âmbito da AB têm sobre estes indicadores.

Na Oficina 2 foram realizadas discussões voltadas à construção da cartilha buscando identificar os principais obstáculos à utilização dos indicadores para a qualificação das práticas de saúde.

Na Oficina 3 o esboço da cartilha foi apresentado aos participantes, para contribuições e aprimoramento da cartilha, alguns indicadores foram reavaliados e no item como interpretar o indicador a colocação sobre qual a situação ideal para o indicador foi considerado.

A cartilha possui 14 indicadores subdivididos em 4 grupos que refletem a atenção à linha de cuidado materno infantil, atenção a linha de cuidado à saúde da mulher, a atenção à linha de cuidado as doenças crônicas e a qualidade e acesso da atenção em saúde, sendo que cada indicador foi trabalhado de forma similar respondendo perguntas reflexivas e analíticas.

Para melhor interpretação e análise foram construídos gráficos, e utilizamos a média móvel para suavizar a flutuação dos dados da série histórica.

A seguir apresenta-se o cálculo dos indicadores, como interpretá-los, sua importância, os resultados da análise, a interpretação do grupo de profissionais que participou da oficina e a conclusão do grupo. Para a conclusão, foram adotadas as cores verde, amarelo e vermelho para sumarizar as discussões, indicando situações positivas, de alerta e negativas, para cada indicador.

## ANÁLISE DE INDICADORES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI



### 1. INDICADORES QUE REFLETEM A LINHA DE CUIDADO À ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

#### 1.1. Taxa de mortalidade infantil

##### ✓ COMO O INDICADOR É CALCULADO?

$$\frac{\text{Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade} \times 1000}{\text{Nº de nascidos vivos residentes em um dado local e ano}}$$

##### ✓ COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?

Por exemplo, se a taxa de mortalidade infantil no município de Itapevi, no ano de 2016, foi 12,98 por mil nascidos vivos, isso significa que a cada 1000 crianças que nasceram no município em 2016, 13 crianças foram a óbito no primeiro ano de vida. Numa situação ideal, esperar-se que nenhuma criança morresse no primeiro ano de vida; ou seja quanto menor for a TMI melhor.

##### ✓ QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?

Reflete as condições de vida da população e a qualidade da atenção à saúde.

##### ✓ RESULTADO DA ANÁLISE

**Tabela 1. Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - período de 2001 a 2016\***

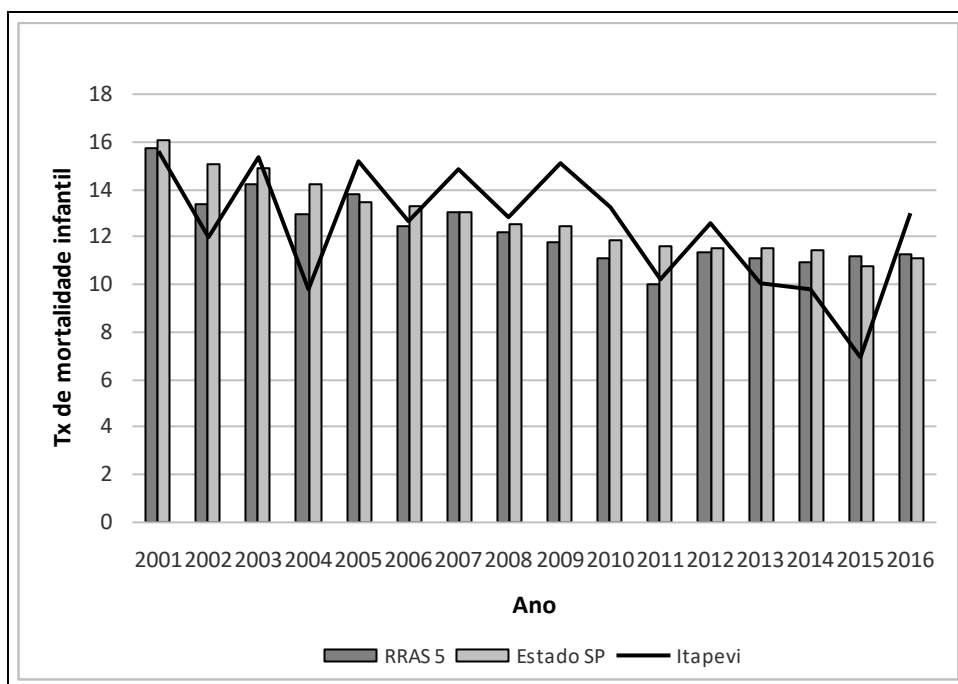
		Taxa de Mortalidade Infantil por Ano															
	Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RRAS 5	Barueri	12,86	9,90	8,39	10,79	9,46	10,72	11,43	8,49	7,90	8,00	8,59	10,72	7,77	9,56	13,42	8,65
	Carapicuíba	14,83	13,84	14,53	13,76	13,07	12,89	13,04	11,23	10,90	10,05	9,02	8,76	10,81	11,42	13,38	10,22
	Itapevi	15,60	11,91	15,32	9,74	15,11	12,58	14,80	12,76	15,07	13,23	10,19	12,54	9,97	9,72	6,93	12,98
	Jandira	20,20	16,76	16,43	17,75	14,63	11,70	13,59	19,85	11,88	10,14	7,66	8,65	12,15	9,75	15,62	8,47
	Osasco	17,17	14,87	16,77	14,81	16,15	12,64	13,77	12,78	12,99	12,13	11,10	14,09	13,33	12,67	10,18	13,61
	Pirapora do Bom Jesus	16,39	23,15	7,94	20,08	11,67	16,95	17,09	17,32	8,97	39,02	22,52	12,88	8,20	7,84	7,49	11,67
	Santana de Parnaíba	12,74	8,78	7,23	2,69	10,40	15,36	7,18	13,66	12,41	11,24	11,35	7,59	12,66	8,71	8,96	8,92
	<b>RRAS 5</b>	<b>15,75</b>	<b>13,35</b>	<b>14,18</b>	<b>12,93</b>	<b>13,80</b>	<b>12,47</b>	<b>13,02</b>	<b>12,21</b>	<b>11,76</b>	<b>11,08</b>	<b>9,98</b>	<b>11,35</b>	<b>11,14</b>	<b>10,97</b>	<b>11,22</b>	<b>11,25</b>
	Estado SP	16,07	15,04	14,85	14,25	13,44	13,28	13,07	12,56	12,48	11,86	11,58	11,52	11,53	11,44	10,79	11,10

\*Dados preliminares, sujeitos à alteração

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

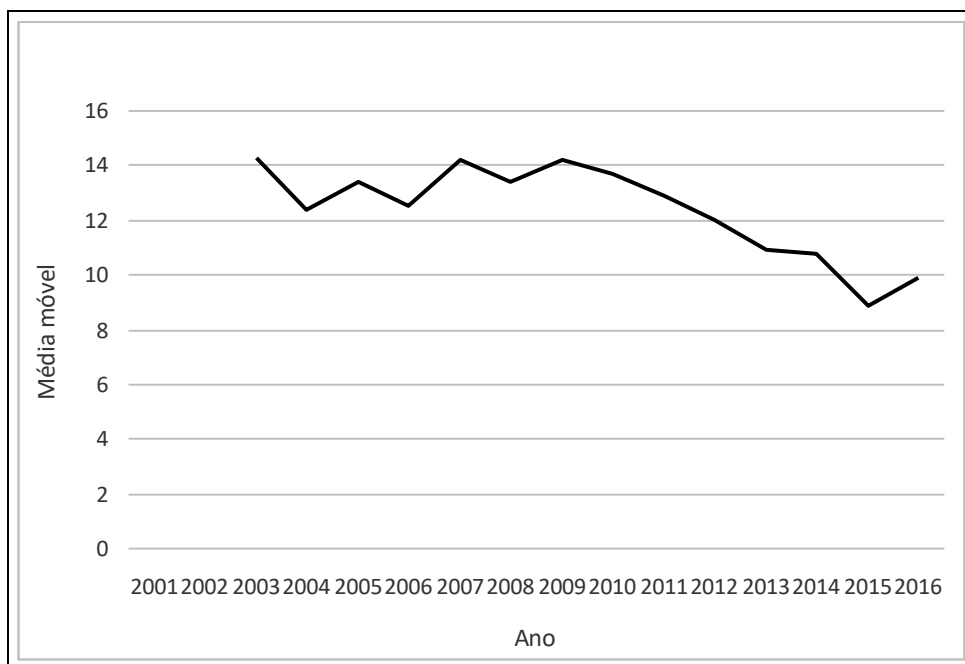
A tabela 1 mostra como a taxa de mortalidade infantil evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar esta taxa com cada município da região, com a RRAS 5 e estado de São Paulo.

**Gráfico 1. Taxa de mortalidade Infantil - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP – 2001 a 2016**



No gráfico 1, conseguimos visualizar a evolução da taxa de mortalidade infantil no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2016 e comparar os dados do município em relação à RRAS 5 e ao estado de São Paulo no período avaliado.

**Gráfico 2. Média móvel da taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) – Itapevi - 2001 a 2016**



É comum que os indicadores oscilem bastante na análise ano a ano. No Gráfico 2 observando o início e o final do período, pode-se dizer que a taxa de mortalidade infantil em Itapevi diminuiu. Aplicando a média móvel de 3 anos, verifica-se que a tendência é de queda suave.

✓ **Interpretação do grupo**

No período de 2001 a 2012 a mortalidade infantil oscilou entre 15,11 e 9,74; tendo picos em torno de 15 em cinco anos deste período. E a partir de 2013 o indicador teve uma diminuição para uma casa decimal em três anos consecutivos, tendo um aumento preocupante em 2016. Considerando o início e o final do período analisado, o coeficiente teve uma diminuição.

✓ **Conclusão do grupo:**



A avaliação do grupo em relação ao indicador de mortalidade infantil foi vermelha uma avaliação negativa, considerando que o município apresentou indicadores piores que a RRAS 5 e o estado de SP, e no ano 2016 esta taxa dobrou em relação ao ano anterior.

## 1.2. Percentual de nascidos vivos com peso < 2,5kg

### ✓ COMO O INDICADOR É CALCULADO?

$$\frac{\text{Nº de nascidos vivos com peso ao nascer} < 2,5\text{kg} \times 100}{\text{Nº de nascidos vivos residentes}} \\ \text{Em um dado local e ano}$$

### ✓ COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?

Por exemplo, no ano de 2015, o município de Itapevi apresentou 8,97 % de nascidos vivos com peso abaixo de 2,5kg, significa que 9 crianças em 100 nasceram com peso inferior a 2,5kg. Para este indicador o ideal é ter menos crianças nascendo com baixo peso, ou seja quanto menor o percentual melhor.

### ✓ QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?

Está associada tanto a fatores biológicos quanto ao acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. É um fator fortemente associado à mortalidade infantil (as crianças com baixo peso ao nascer têm maior risco de morrer no primeiro ano de vida).

### ✓ RESULTADO DA ANÁLISE

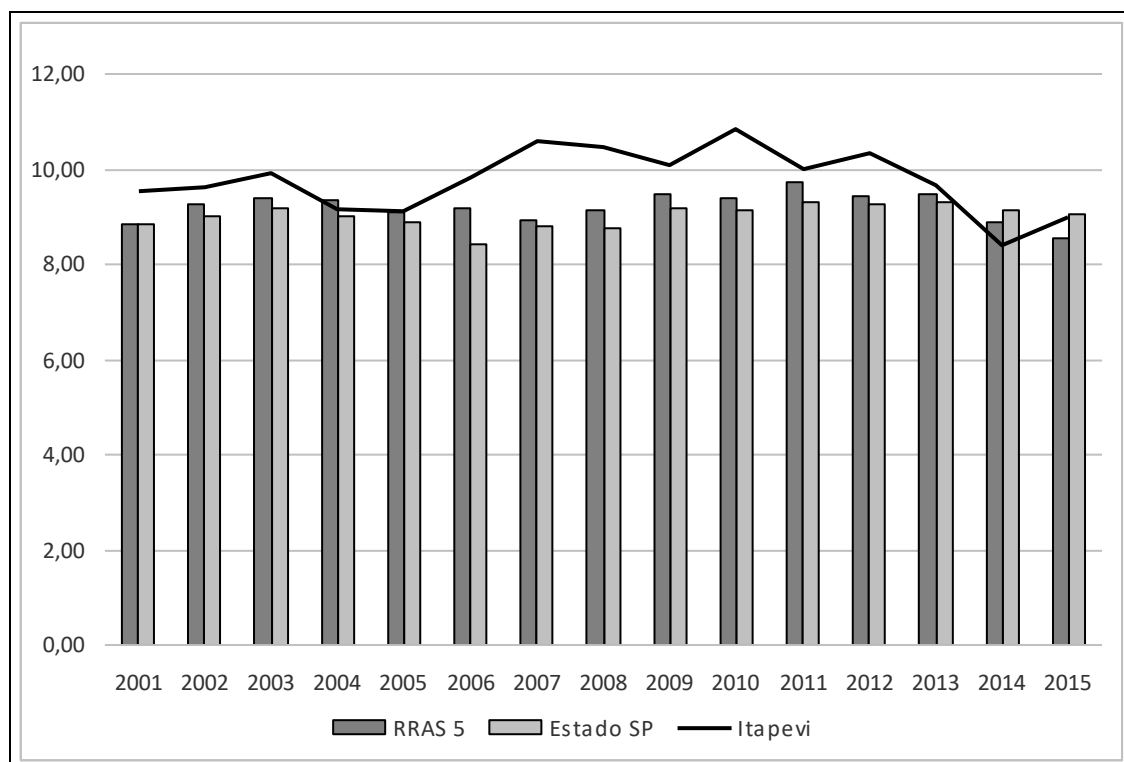
**Tabela 2. Percentual de Nascidos Vivos (NV) com peso < 2,5 kg por município, RRAS 5 e Estado de SP – período de 2001 a 2015.**

Município	Percentual de NV com baixo peso ao nascer/ano														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Barueri	8,71	8,83	8,35	7,99	8,42	8,33	7,84	8,19	8,95	8,94	8,77	8,33	8,73	8,22	8,51
Carapicuíba	8,81	8,97	9,73	10,26	9,48	9,05	9,04	9,06	9,41	8,82	9,71	9,41	9,83	9,41	9,04
Itapevi	9,52	9,58	9,90	9,12	9,09	9,82	10,58	10,43	10,06	10,82	9,99	10,31	9,65	8,38	8,97
Jandira	8,08	8,49	9,43	8,34	8,95	8,65	6,92	8,17	8,50	7,88	10,37	7,84	8,73	8,23	8,49
Osasco	8,93	9,57	9,45	9,70	9,24	9,50	9,39	9,31	9,45	9,63	10,24	10,00	9,89	9,25	8,26
Pirapora do Bom	8,20	13,43	8,73	10,44	8,56	12,29	8,97	9,96	8,97	9,27	7,21	13,73	7,79	5,49	10,86
Santana de Parnaíba	8,32	9,00	10,19	8,47	8,51	9,29	7,11	9,00	11,11	9,61	8,86	8,80	8,72	8,90	7,44
RRAS 5	8,85	9,26	9,41	9,33	9,08	9,20	8,94	9,13	9,46	9,37	9,73	9,43	9,47	8,87	8,55
Estado SP	8,85	9,02	9,18	9,03	8,89	8,43	8,78	8,77	9,16	9,12	9,3	9,28	9,3	9,13	9,05

Fonte: Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

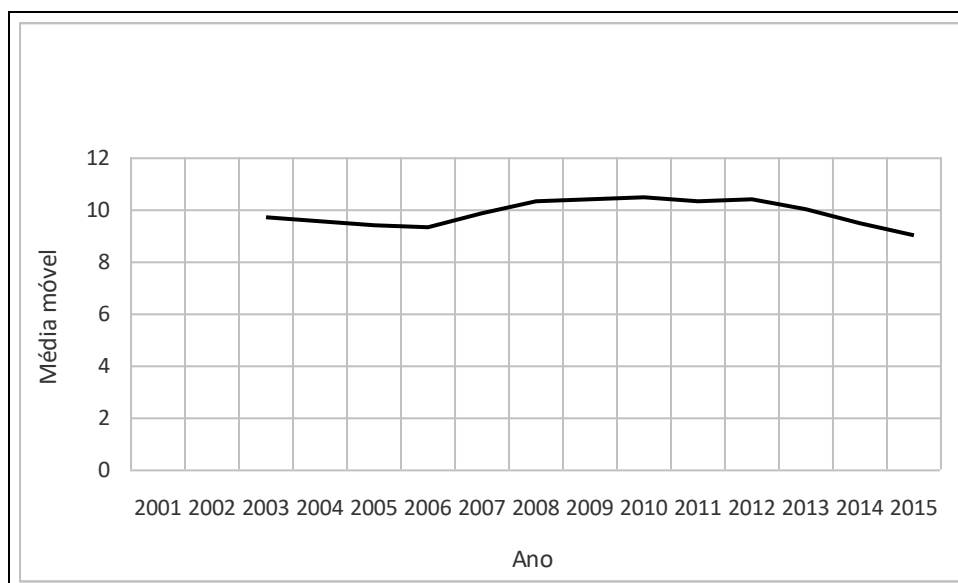
A tabela 2 mostra como o percentual de Nascidos vivos com baixo peso evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar este percentual com o percentual de cada município da região, com a RRAS 5 e estado de São Paulo.

**Gráfico 3. Percentual de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP – 2001 a 2015**



No gráfico 3 podemos visualizar a evolução do percentual das crianças que nasceram com baixo peso em Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2015 e comparar os dados do município em relação à RRAS 5 e ao estado de São Paulo no período avaliado.

**Gráfico 4. Média Móvel do percentual de N V com baixo ao nascer – Itapevi - 2001 a 2015**



No gráfico 4 visualizamos o percentual e a média móvel de crianças nascidas com baixo peso no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2015. Identificando que este indicador teve pouca oscilação no período avaliado.

✓ **Interpretação do grupo**

No período analisado (2001 a 2016), o município não teve grandes alterações, o indicador se manteve entre 8,38 e 10,82.

✓ **Conclusão do grupo:**



A avaliação do grupo em relação ao indicador de percentual de NV com baixo peso ao nascer foi amarela – um sinal de alerta, considerando que o município apresentou indicadores piores que a RRAS 5 e melhor que o estado de SP, e neste longo período não conseguiu apresentar melhoras neste indicador.



### 1.3. Incidência de sífilis congênita

#### ✓ COMO O INDICADOR É CALCULADO?

$$\frac{\text{Nº de casos de sífilis congênita} \times 1000}{\text{Nº de nascidos vivos residentes}} \\ \text{Em um dado local e ano}$$

#### ✓ COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?

Por exemplo, no ano de 2016 a taxa de incidência de sífilis congênita em Itapevi foi 3,92; significa que 4 crianças nascidas em 1000 apresentaram sífilis congênita. A situação ideal para este indicador é a eliminação de sífilis congênita, ou seja quanto menor for a taxa melhor.

#### ✓ QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?

Expressa a qualidade do pré-natal, uma vez que a sífilis pode ser diagnosticada e tratada em duas oportunidades durante a gestação e também durante o parto.

#### ✓ RESULTADO DA ANÁLISE

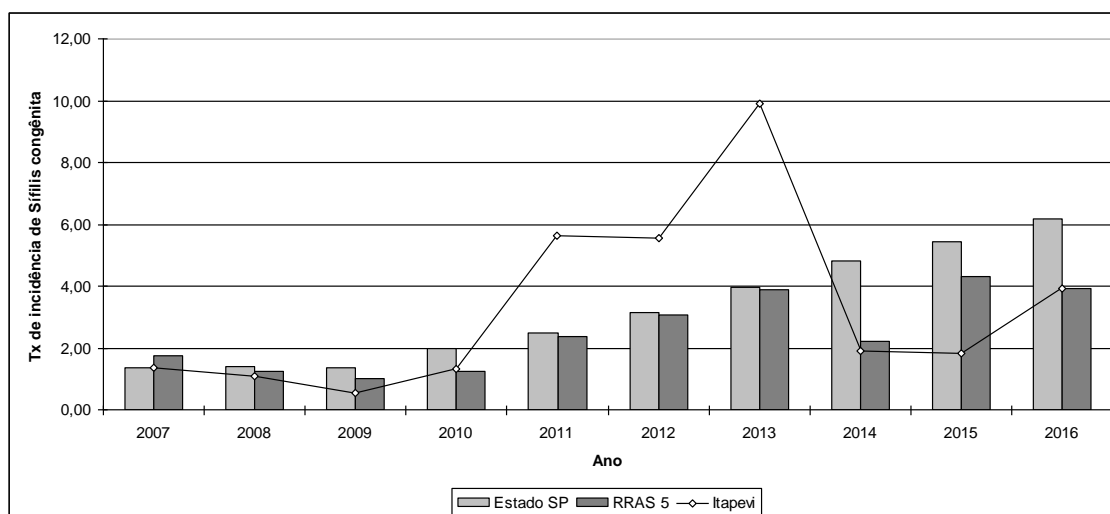
**Tabela 3. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2007 a 2016.**

		Taxa de incidência de Sífilis congênita por Ano									
Município		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RRAS 5	Barueri	1,60	0,61	0,75	0,55	0,54	0,88	1,38	1,80	0,89	0,92
	Carapicuíba	1,67	0,76	0,77	1,20	2,24	1,75	2,04	3,17	8,30	6,52
	Itapevi	1,35	1,09	0,54	1,32	5,63	5,57	9,92	1,89	1,82	3,91
	Jandira	0,62	0,58	0,59	0,60	2,31	2,34	4,62	1,07	1,54	3,39
	Osasco	2,31	2,19	1,52	1,79	2,15	4,73	4,41	2,26	6,00	4,07
	Pirapora do Bom Jesus	-	-	-	4,88	-	-	-	11,72	-	-
	Santana de Parnaíba	0,65	-	1,18	0,56	2,69	1,02	2,48	0,47	-	3,55
<b>RRAS 5</b>		<b>1,73</b>	<b>1,24</b>	<b>1,01</b>	<b>1,26</b>	<b>2,35</b>	<b>3,06</b>	<b>3,89</b>	<b>2,21</b>	<b>4,33</b>	<b>3,94</b>
<b>Estado SP</b>		<b>1,35</b>	<b>1,41</b>	<b>1,36</b>	<b>1,98</b>	<b>2,48</b>	<b>3,14</b>	<b>3,95</b>	<b>4,8</b>	<b>5,43</b>	<b>6,19</b>

*Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)*

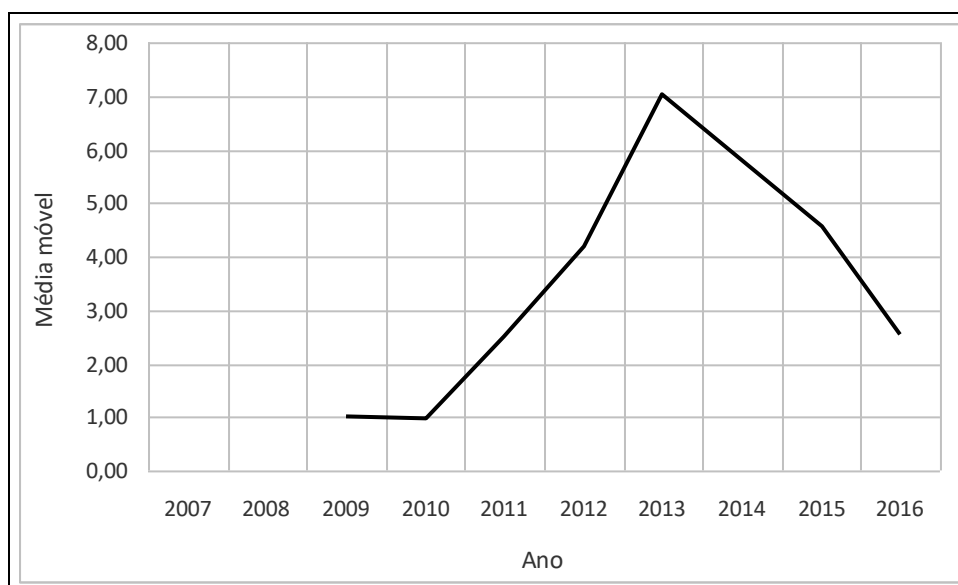
A tabela 3 mostra como a taxa de Incidência de sífilis congênita evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar esta taxa com cada município da região, com a RRAS 5 e estado de São Paulo.

**Gráfico 5. Taxa de incidência de Sífilis Congênita - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado SP - 2007 a 2016**



No gráfico 5 podemos visualizar a evolução da taxa de incidência de sífilis congênita no município de Itapevi ao longo dos anos de 2007 a 2016, e comparar os dados do município em relação à RRAS 5 e ao estado de São Paulo no período avaliado.

**Gráfico 6. Média Móvel da taxa de incidência de sífilis congênita - Itapevi - 2007 a 2016.**



No gráfico 6 visualizamos a taxa e a média móvel de incidência de sífilis congênita no município de Itapevi. Identificando que este indicador teve um

pico em 2013 e uma queda nos anos posteriores. A média móvel suaviza os picos, e facilita entender o comportamento dos dados.

✓ **Interpretação do grupo**

O município teve oscilações neste indicador nos anos de 2007 a 2010 em torno de 1,35 e 1,09 apresentando uma queda em 2009. E nos anos de 2011 e 2013 um aumento expressivo chegando 9,92. Nos anos de 2014 a 2016 teve oscilações de 1,89 e 3,91.

✓ **Conclusão do grupo**



A avaliação do grupo para este indicador foi vermelha, uma avaliação negativa, mesmo tendo taxas semelhantes à região e melhores que o Estado (2016), este é um indicador que pode ser melhorado, pois pode ser tratado no pré-natal evitando a transmissão vertical.

#### 1.4. Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal

##### ✓ COMO O INDICADOR É CALCULADO?

$$\frac{\text{Nº de nascidos vivos de mães com 7 consultas ou mais no pré-natal}}{\text{Nº de nascidos vivos residentes}} \times 100$$

Em um dado local e ano

##### ✓ COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?

No ano de 2015, em Itapevi o percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas foi 60,75; significa que 61 mães (das crianças nascidas em 2015) em 100 tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal em Itapevi. A situação ideal é termos o maior número de gestante com 7 ou mais consultas de pré-natal, ou seja quanto maior for este percentual, melhor.

##### ✓ QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?

Contribui na análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal em associação com outros indicadores, tais como: a mortalidade materna e infantil e nº de casos de sífilis congênita.

##### ✓ RESULTADO DA ANÁLISE

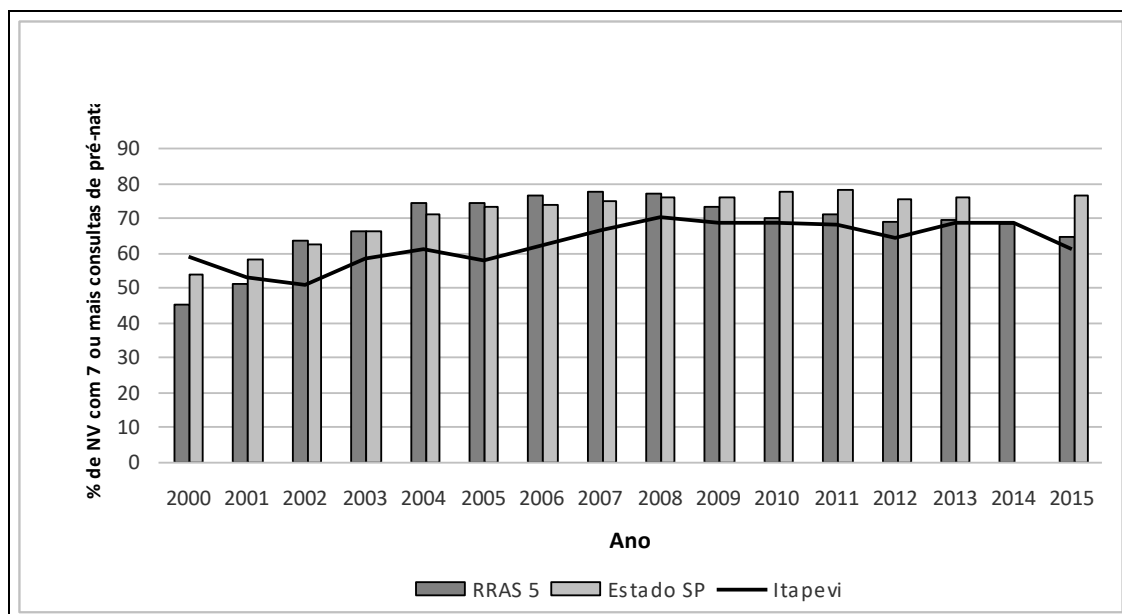
**Tabela 4. Percentual de Nascidos Vivos de mães com 7 ou mais consultas no pré-natal segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2000 a 2015.**

		% NV de mães c/7+ consultas pré-natal por Município e Ano															
	Município	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Barueri	52,17	58,43	68,47	73,98	85,90	90,01	91,31	92,60	91,79	87,07	79,01	78,78	77,37	79,41	79,79	78,18
	Carapicuíba	35,09	39,55	57,12	61,43	65,70	67,12	71,92	69,13	70,23	64,36	61,97	64,90	63,64	64,62	61,75	59,85
RRAS 5	Itapevi	58,91	52,85	50,81	58,01	61,08	57,67	61,99	66,03	70,15	68,52	68,20	67,93	63,97	68,30	68,66	60,75
	Jandira	68,80	74,88	70,39	64,39	73,75	73,94	77,19	79,00	77,64	74,63	73,75	71,83	68,28	68,83	66,58	68,77
	Osasco	40,56	50,09	69,48	71,57	78,85	76,15	76,56	77,88	76,24	72,23	68,54	69,91	66,93	64,62	63,06	57,96
	Pirapora do Bom Jesus	49,47	53,28	36,11	47,22	61,85	80,93	85,59	87,61	75,32	70,85	66,83	74,77	69,96	72,13	73,73	73,78
	Santana de Parnaíba	40,53	46,03	49,63	51,16	71,71	82,39	82,70	88,64	80,63	80,73	83,03	83,63	83,41	83,58	85,83	81,59
	RRAS 5	45,34	50,96	63,33	66,55	74,27	74,46	76,71	77,62	77,05	73,31	70,09	71,10	68,87	69,39	68,30	64,62
	Estado SP	53,79	58,13	62,76	66,42	71,04	73,39	73,76	74,67	76,09	76,13	77,75	77,89	75,57	75,78	76,06	76,45

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

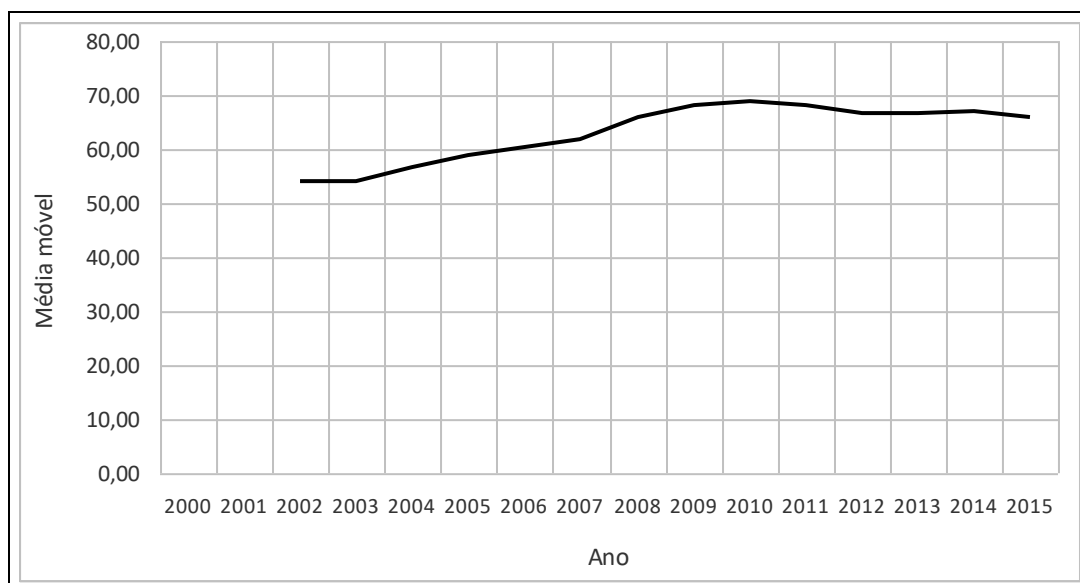
A tabela 4 mostra como o percentual de Nascidos Vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar este percentual com cada município da região, com a RRAS 5 e estado de São Paulo.

**Gráfico 7. Percentual de Nascidos Vivos de mães com 7 consultas ou mais de pré-natal - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado - 2000 a 2015.**



No gráfico 7 podemos verificar a evolução do percentual de NV de mães com 7 consultas ou mais de pré-natal no município de Itapevi ao longo dos anos de 2000 a 2015, visualizar graficamente e comparar este percentual com a RRAS 5 e Estado SP.

**Gráfico 8. Média móvel do percentual de NV de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal – Itapevi - 2000 a 2015.**



No gráfico 8 visualizamos o percentual e a média móvel de crianças nascidas com mães que tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal no município de

Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2015. Identificando que este indicador teve pouca oscilação no período avaliado, apresentando uma melhoria muito suave nos últimos anos.

✓ **Interpretação do grupo**

Ao longo de quinze anos no município de Itapevi, este indicador oscilou entre 50,81 (2002) e 70,15 (2008), no ano de 2015 temos 60,75.

Podemos dizer que praticamente não se alterou, ou seja, o município não conseguiu melhorar este percentual em 15 anos.

✓ **Conclusão do grupo**



A avaliação do grupo para este indicador foi amarela, sinal de alerta pois apresentou indicadores piores que a região e o Estado., mas que podem ser melhorados.

## 2. INDICADORES QUE REFLETEM A ATENÇÃO A LINHA DE CUIDADO À SAÚDE DA MULHER

### 2.1. Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero

#### ✓ COMO O INDICADOR É CALCULADO?

$$\frac{\text{Nº de óbitos por neoplasia maligna de útero} \times 100.000}{\text{População feminina residente}} \\ \text{Em um dado local e ano}$$

#### ✓ COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?

No ano de 2016 a taxa de mortalidade por neoplasia de colo de útero em Itapevi foi de 8,01 isto significa que a cada 100 mil mulheres 8 morreram em consequência de câncer de colo de útero. A situação ideal seria o de diminuição de óbitos por câncer de colo de útero (é o terceiro tumor mais frequente na população feminina), para este indicador quanto menor a taxa melhor.

#### ✓ QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?

Percebe-se através deste indicador, a importância em realizar um acompanhamento regular e sistemático das mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, com objetivo em promover ações de rastreamento para este tipo de câncer.

#### ✓ RESULTADO DA ANÁLISE

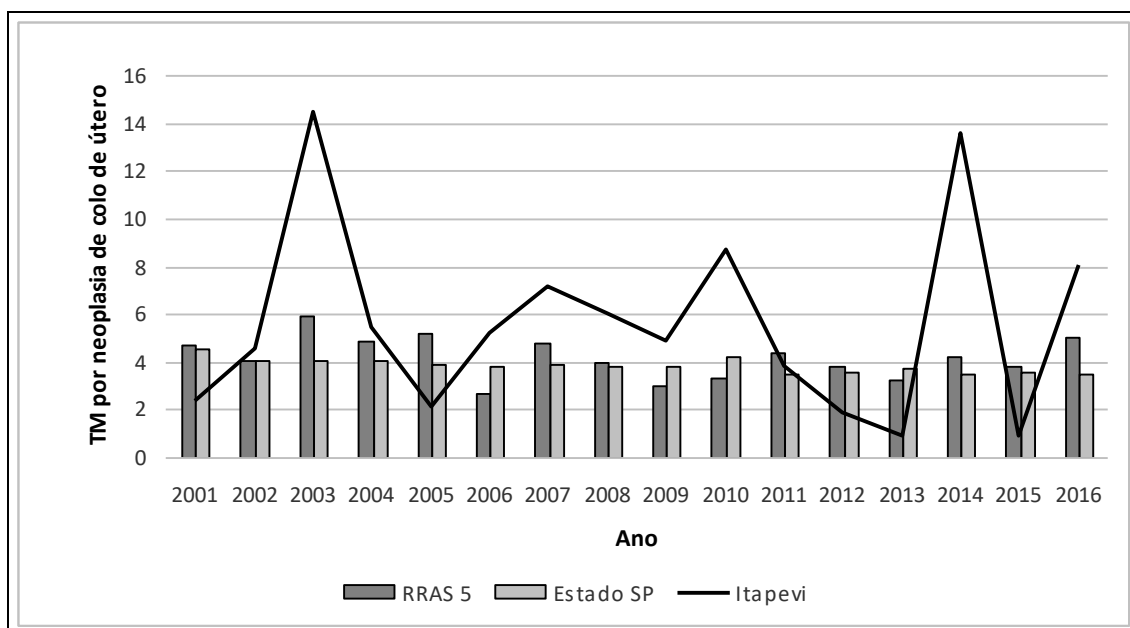
**Tabela 5. Taxa de Mortalidade por Câncer de Colo Útero segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2001 a 2016.**

Município	Tx Mort CA de Colo Útero por Município e Ano															
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Barueri	3,68	7,22	3,55	6,10	8,56	0,84	6,64	6,54	4,03	2,38	6,27	2,32	5,35	3,02	3,73	6,71
Carapicuíba	6,69	4,97	4,37	2,71	6,98	2,13	2,11	2,10	3,12	3,10	4,10	7,13	3,03	3,02	3,50	2,50
Itapevi	2,35	4,57	14,48	5,43	2,12	5,20	7,13	5,99	4,90	8,66	3,79	1,86	0,92	13,54	0,89	8,01
Jandira	4,19	0,00	2,01	5,90	1,93	1,90	0,00	3,67	-	-	1,75	1,72	3,40	3,35	1,65	3,31
Osasco	5,00	2,93	6,41	5,51	3,76	2,30	5,74	3,71	2,85	2,55	5,09	3,66	3,37	2,52	5,59	5,87
Pirapora do Bom Jesus	15,47	15,00	0,00	14,18	-	-	-	-	-	24,79	12,15	11,92	11,70	11,51	-	11,33
Santana de Parnaíba	-	2,38	2,28	2,19	10,51	8,10	5,87	3,78	1,84	1,78	-	1,69	1,65	3,22	3,15	-
<b>RRAS 5</b>	<b>4,71</b>	<b>4,03</b>	<b>5,91</b>	<b>4,88</b>	<b>5,18</b>	<b>2,68</b>	<b>4,83</b>	<b>3,98</b>	<b>3,04</b>	<b>3,35</b>	<b>4,42</b>	<b>3,83</b>	<b>3,26</b>	<b>4,20</b>	<b>3,84</b>	<b>5,01</b>
<b>Estado SP</b>	<b>4,54</b>	<b>4,04</b>	<b>4,09</b>	<b>4,08</b>	<b>3,93</b>	<b>3,78</b>	<b>3,86</b>	<b>3,82</b>	<b>3,85</b>	<b>4,22</b>	<b>3,51</b>	<b>3,60</b>	<b>3,74</b>	<b>3,48</b>	<b>3,57</b>	<b>3,53</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

A tabela 5 mostra como a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar esta taxa com cada município da região, com a RRAS 5 e estado de São Paulo.

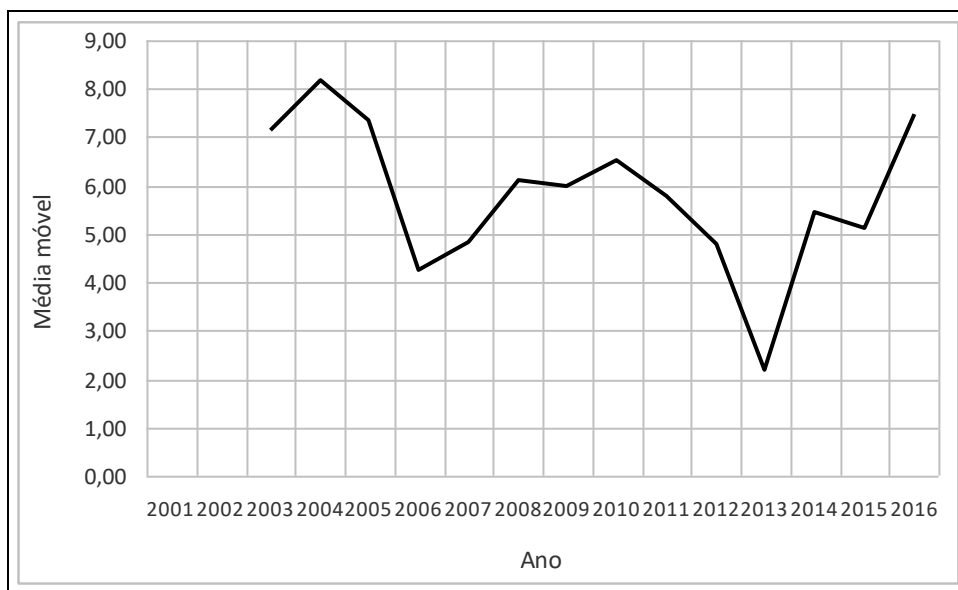
**Gráfico 9. Taxa de Mortalidade por Neoplasia de colo de Útero - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2001 a 2016.**



No gráfico 9 podemos verificar a evolução da taxa de mortalidade por câncer de colo de útero no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2016, visualizar graficamente e comparar esta taxa com a RRAS 5 e Estado SP.



**Gráfico 10. Média móvel da taxa de mortalidade por neoplasia de colo de útero - Itapevi - 2001 a 2016.**



No gráfico 10, visualizamos a taxa e média móvel de mortalidade por neoplasia de colo de útero no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2016. Identificando que este indicador teve muita oscilação no período avaliado. A média móvel tem o objetivo de suavizar os picos e torna mais simples entender o comportamento destes dados, e podemos perceber no gráfico pela linha da média móvel um aumento desta taxa nos últimos 3 anos.

✓ **Interpretação do grupo**

No período analisado o município apresentou picos elevados nos anos de 2003 (14,36), 2014 (13,73) e 2016 (8,09).

✓ **Conclusão do grupo**



A avaliação do grupo para este indicador foi amarela, por apresentar tendência de alta e indicador piores que a região e o Estado.

## 2.2. Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos

### ✓ COMO O INDICADOR É CALCULADO?

Nº de exames realizados em população feminina de 25 a 64 anos

1/3 do Nº da população feminina de 25 a 64 anos

Em um dado local e ano

### ✓ COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?

No ano de 2016 no município de Itapevi, 48% de um terço da população feminina de 25 a 64 anos realizaram exames citopatológicos do colo de útero. A razão média anual de exames citopatológicos foi estabelecida para a população alvo total, isto é, um terço da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos deveria realizar o exame anualmente, conforme as recomendações. Para este indicador quanto maior o percentual melhor.

### ✓ QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?

Contribui na avaliação da adequação do acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos. Análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Subsídio a processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas voltadas para a saúde da mulher.

✓ **RESULTADO DA ANÁLISE**

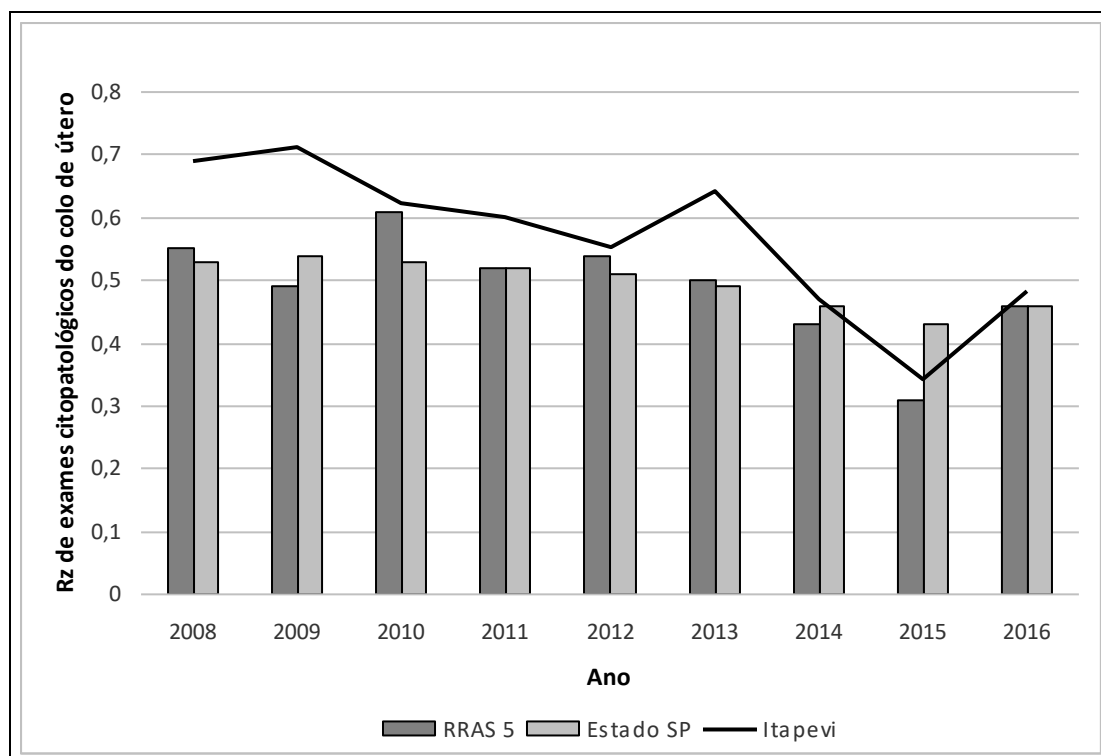
Tabela 6. Razão de exames citopatológicos do colo de útero segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2008 a 2016

		Rz exam citopat colo útero por Município e Ano								
	Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RRAS 5	Barueri	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,7	0,8	0,9
	Carapicuíba	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
	Itapevi	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,5
	Jandira	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	0,3	0,2	0,4
	Osasco	0,5	0,3	0,6	0,4	0,5	0,4	0,4	0,2	0,4
	Pirapora do Bom Jesus	0,5	0,7	0,6	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4	0,6
	Santana de Parnaíba	0,7	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9	0,6	0,5	0,8
	<b>RRAS 5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>
<b>Estado SP</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

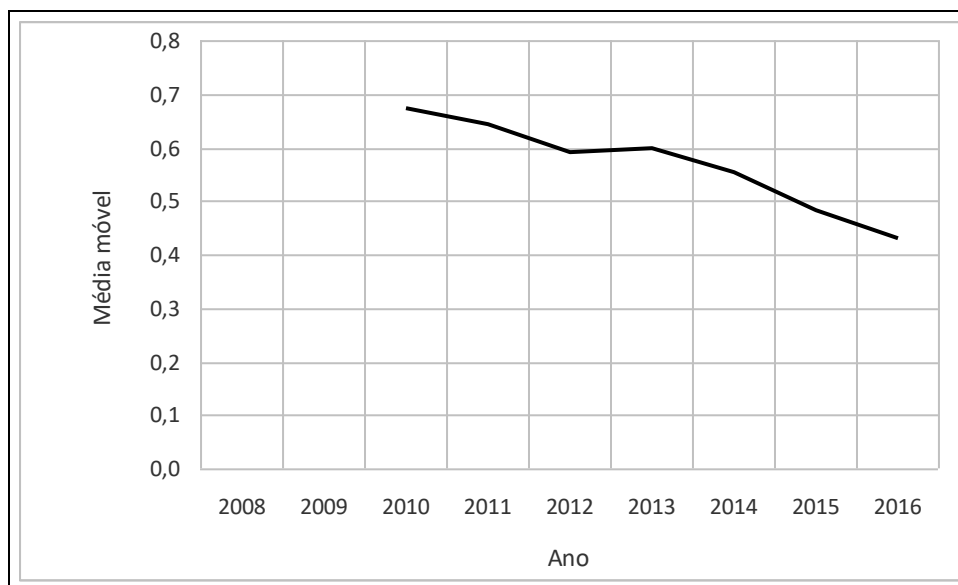
A tabela 6 mostra como a razão de exames citopatológicos do colo de útero evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar esta taxa com cada município da região, com a RRAS 5 e estado de São Paulo.

Gráfico 11. Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos – Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2008 a 2016.



No gráfico 11, podemos verificar a evolução da razão de exames citopatológicos do colo de útero no município de Itapevi ao longo dos anos de 2008 a 2016, permitindo visualizar graficamente estes dados e comparar esta razão com a RRAS 5 e Estado SP.

**Gráfico 12. Média móvel da razão de exames do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos – Itapevi - 2008 a 2016**



No gráfico 12, visualizamos a razão e média móvel de exames de colo de útero no município de Itapevi ao longo dos anos de 2008 a 2016. Identificando que este indicador teve pouca oscilação no período avaliado, através da média móvel percebemos uma queda suave no período analisado.

✓ **Interpretação do grupo**

Conforme quadro 06 e gráfico 11 percebemos que o indicador no município de Itapevi tem diminuído neste período, e apresenta resultados piores que a Região e o Estado em 2016.

✓ **Conclusão do grupo**



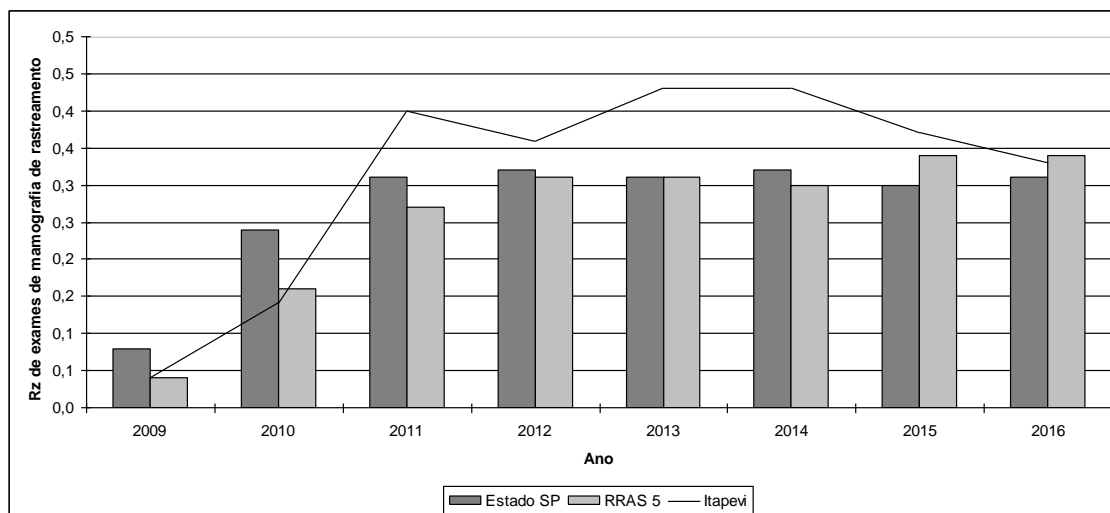
A avaliação do grupo para este indicador foi a cor vermelha, uma avaliação negativa, pois o indicador está abaixo do esperado.



Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

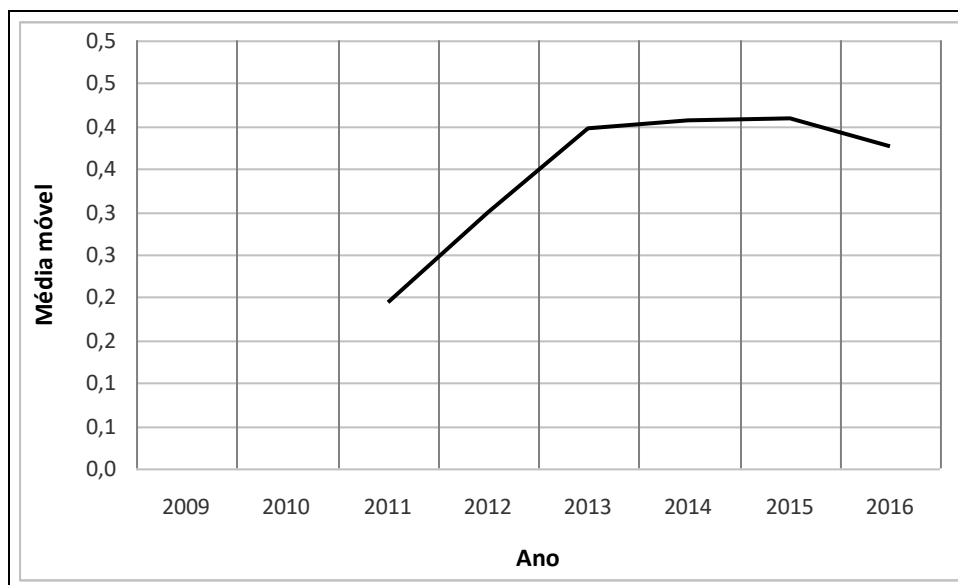
A tabela 7 mostra como a razão de exames de mamografia de rastreamento evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar esta taxa com cada município da região, com a RRAS 5 e estado de São Paulo.

**Gráfico 13. Razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2009 a 2016**



No gráfico 13, podemos verificar a evolução da razão de exames de mamografia de rastreamento no município de Itapevi ao longo dos anos de 2009 a 2016, permitindo visualizar graficamente e comparar estes dados com a RRAS 5 e Estado SP.

Gráfico 14. Média móvel da razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos – Itapevi - 2009 a 2016



No gráfico 14 visualizamos a razão e média móvel de mamografia de rastreamento no município de Itapevi ao longo dos anos de 2009 a 2016. Utilizando a média móvel, identificamos que este indicador apresentou uma melhoria do início do período avaliado, um platô e uma queda muito suave nos últimos 2 anos.

✓ **Interpretação do grupo**

Nos anos de 2009 e 2010 o município apresentou índices baixos para este indicador, a partir de 2011 manteve a razão em torno de 0,40, com uma queda nos anos de 2015 e 2016 (0,33).

✓ **Conclusão do grupo**



A avaliação do grupo para este indicador foi amarela, um sinal de alerta pois apesar dos indicadores estarem muito próximos aos do RRAS 5 e ao Estado, apresentar queda neste indicador de rastreamento é preocupante.

### 3. INDICADORES QUE REFLETEM A ATENÇÃO À LINHA DE CUIDADO AS DOENÇAS CRÔNICAS.

#### 3.1. Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração – 30 a 59 anos

##### ✓ COMO O INDICADOR É CALCULADO?

$$\frac{\text{Nº de óbitos por DIC} \times 100.000}{\text{População de 30 - 59 anos}}$$

Em um dado local e ano

##### ✓ COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?

No ano de 2014, o município apresenta taxa de mortalidade por DIC de 48,33; significa que a cada 100 mil pessoas na faixa etária de 30 a 59 anos no município de Itapevi, 49 foram a óbito por DIC.

##### ✓ QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?

Taxas elevadas de mortalidade estão associadas à maior prevalência de fatores de risco, tais como fumo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes, sedentarismo, estresse, etc.

Variações das taxas de mortalidade específica podem também estar associadas à qualidade da assistência médica disponível.

O envelhecimento da população e a maior proporção de idosos têm grande impacto na taxa de mortalidade por esta causa específica.

##### ✓ RESULTADO DA ANÁLISE

**Tabela 8. Taxa de mortalidade por DIC segundo município, RRAS 5 e Estado de SP, no período de 2001 a 2014.**

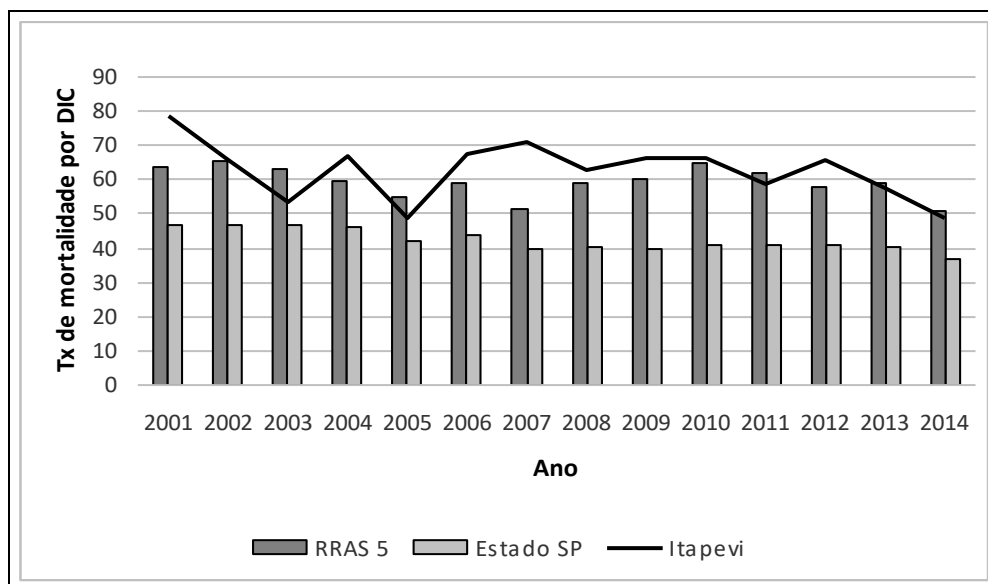
Município	Taxa de mortalidade por DIC - 30 a 59 anos por ano													
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Barueri	61,66	72,69	56,51	52,30	51,08	57,09	51,54	65,45	64,07	83,89	80,98	64,96	78,98	57,40
Carapicuíba	67,13	46,64	67,23	56,03	51,05	54,58	58,55	69,56	59,34	68,44	63,37	50,98	46,82	47,91
Itapevi	78,47	65,66	53,38	66,90	48,67	66,99	70,68	62,41	65,80	66,14	58,67	65,58	57,01	48,33
Jandira	70,71	56,84	69,77	53,72	50,58	36,19	36,87	43,24	60,62	74,20	48,13	61,20	44,75	26,95
Osasco	63,88	71,18	67,89	61,89	61,03	60,60	46,99	54,54	60,71	58,82	60,54	62,25	61,06	53,82
Pirapora do Bom Jesus	50,10	96,81	70,34	68,18	0,00	41,16	0,00	132,20	72,91	34,56	102,04	50,23	159,49	93,12
Santana de Parnaíba	17,64	77,84	38,91	68,47	54,19	76,60	48,70	34,66	37,56	40,54	39,59	27,96	51,35	49,78
<b>RRAS 5</b>	<b>63,68</b>	<b>65,17</b>	<b>63,33</b>	<b>59,71</b>	<b>54,72</b>	<b>58,75</b>	<b>51,72</b>	<b>58,84</b>	<b>60,06</b>	<b>64,78</b>	<b>62,01</b>	<b>58,14</b>	<b>59,22</b>	<b>50,75</b>
<b>Estado SP</b>	<b>46,68</b>	<b>46,85</b>	<b>47,04</b>	<b>46,28</b>	<b>41,99</b>	<b>43,61</b>	<b>39,86</b>	<b>40,61</b>	<b>39,79</b>	<b>40,97</b>	<b>40,80</b>	<b>40,70</b>	<b>40,05</b>	<b>36,92</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)



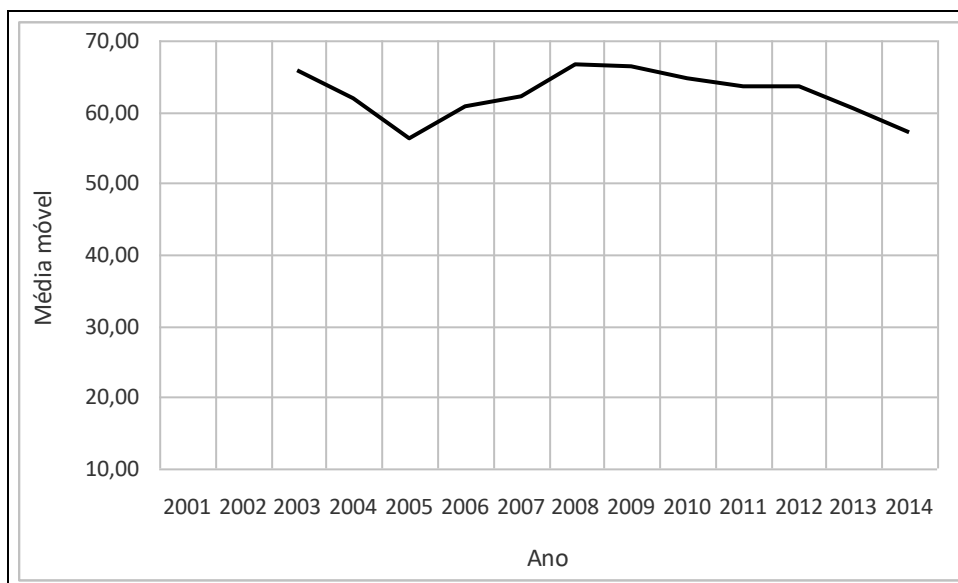
A tabela 8 mostra como a taxa de mortalidade por DIC evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar esta taxa com cada município da região, com a RRAS 5 e estado de São Paulo.

**Gráfico 15. Taxa de mortalidade por DIC - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2001 a 2014**



No gráfico 15, podemos verificar a evolução da taxa de mortalidade por DIC no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2014, visualizar graficamente e comparar esta taxa com a RRAS 5 e estado SP.

**Gráfico 16. Média móvel da taxa de mortalidade por DIC – Itapevi - 2001 a 2014**



No gráfico 16, visualizamos a média móvel de mortalidade por DIC no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2014. Percebe-se que a taxa de mortalidade teve pouca oscilação no período avaliado. Utilizando a média móvel, identificamos que este indicador apresentou uma estabilidade no período avaliado.

✓ **Interpretação do grupo**

No período analisado este indicador apresentou oscilações entre 78,47 (2001) e 48,33 (2014). Nos últimos 3 anos apresentou uma queda de 65,58 (2012) para 48,33 (2014).

✓ **Conclusão do grupo**



A avaliação do grupo para este indicador foi amarela, um sinal de alerta, pois apresenta índice pior que o Estado no ano de 2014.

### 3.2. Percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração – 30 a 59 anos

#### ✓ COMO O INDICADOR É CALCULADO?

$$\frac{\text{Nº de óbitos por DIC} \times 100}{\text{Total de óbitos 30 – 59 anos residente}} \\ \text{Em um dado local e ano}$$

#### ✓ COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?

O município apresentou como indicador 11,17 de óbitos por doenças isquêmicas do coração significando que de 100 óbitos ocorridos na faixa etária de 30 a 59 anos em Itapevi 11 pessoas foram a óbito por DIC. A situação ideal para esse indicador é de redução, ou seja, quanto menor o percentual melhor.

#### ✓ QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?

Estima as chances de óbito de um indivíduo em consequência de doenças isquêmicas do coração, no total de óbitos ocorridos.

As doenças isquêmicas do coração são responsáveis por importante parcela da mortalidade das doenças do aparelho circulatório, por número significativo de internações nos hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS e, portanto, devem ser acompanhadas pelos gestores do sistema, para identificar e planejar ações que possam reduzir seus efeitos sobre a saúde da população.

## ✓ RESULTADO DA ANÁLISE

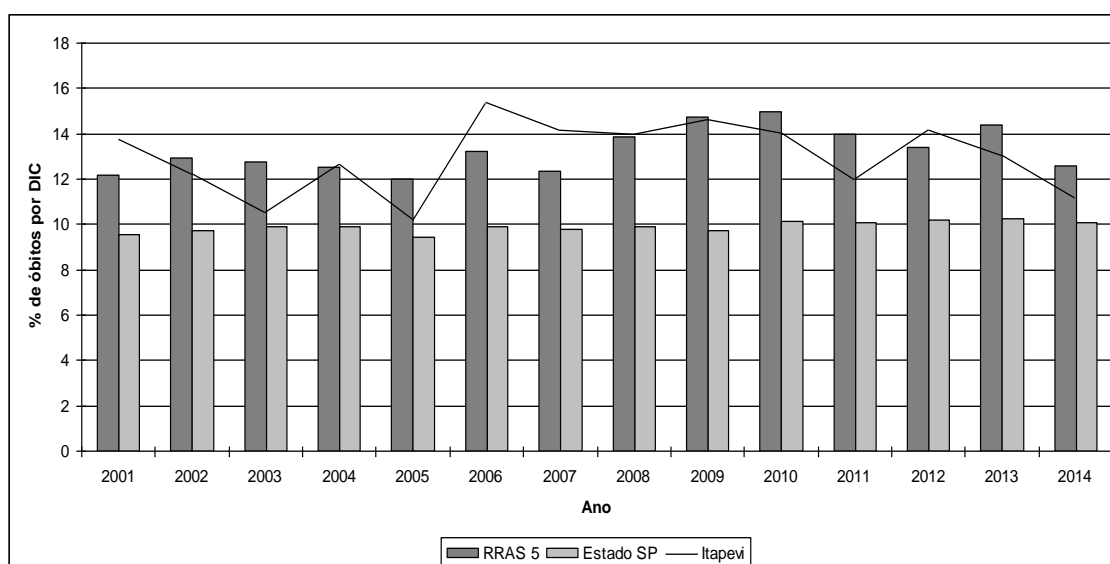
**Tabela 9. Percentual de óbitos por Doenças Isquêmicas do Coração segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2001 a 2014**

Município	% de óbitos por DIC - 30 a 59 anos por ano													
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Barueri	11,27	13,86	10,56	10,62	10,71	13,72	11,00	14,41	15,33	15,31	15,31	11,74	15,03	11,41
Carapicuíba	14,44	11,20	15,02	12,77	12,19	12,65	15,52	16,91	17,01	18,46	16,18	13,13	11,95	12,54
<b>RRAS 5</b> Itapevi	13,74	12,25	10,54	12,66	10,20	15,38	14,17	13,98	14,63	14,01	12,00	14,13	13,06	11,17
Jandira	12,99	13,38	14,63	13,10	11,18	8,64	9,70	11,11	16,99	20,25	12,07	16,07	13,64	8,90
Osasco	11,58	12,65	12,81	12,13	12,68	12,73	11,04	12,53	13,46	12,94	13,46	14,18	15,44	13,27
Pirapora do Bom Jesus	7,69	18,18	17,65	18,75	-	8,00	0,00	21,88	16,00	10,00	15,79	8,11	34,48	24,00
Santana de Parnaíba	5,56	21,30	11,32	21,15	16,10	21,21	17,54	11,63	14,17	15,00	12,00	10,32	14,04	17,48
<b>RRAS 5</b>	<b>12,19</b>	<b>12,92</b>	<b>12,76</b>	<b>12,52</b>	<b>11,98</b>	<b>13,24</b>	<b>12,34</b>	<b>13,87</b>	<b>14,76</b>	<b>14,95</b>	<b>13,98</b>	<b>13,40</b>	<b>14,38</b>	<b>12,61</b>
<b>Estado SP</b>	<b>9,53</b>	<b>9,75</b>	<b>9,90</b>	<b>9,89</b>	<b>9,45</b>	<b>9,89</b>	<b>9,76</b>	<b>9,91</b>	<b>9,74</b>	<b>10,16</b>	<b>10,06</b>	<b>10,18</b>	<b>10,24</b>	<b>10,09</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

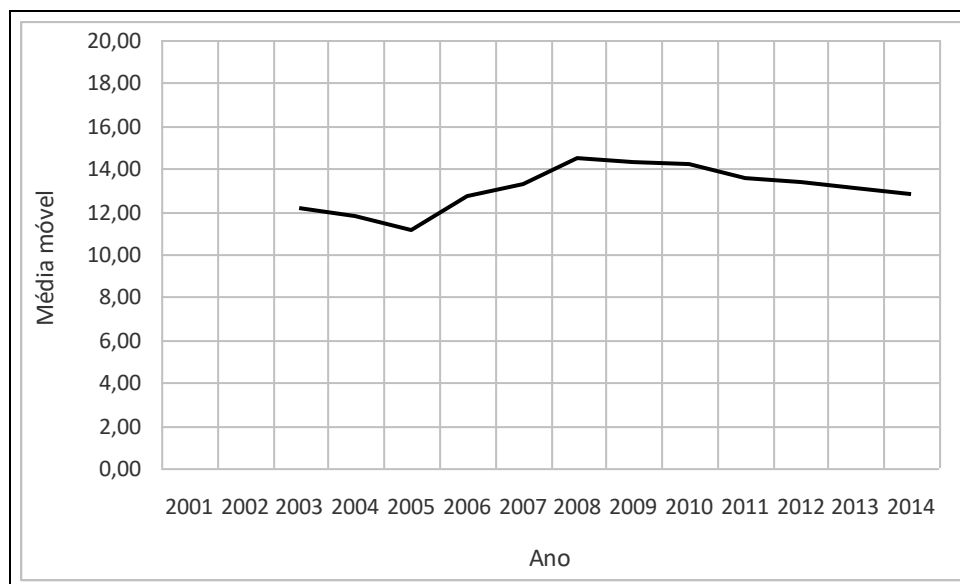
A tabela 9 mostra como o % de óbitos por DIC evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar esta taxa com cada município da região, coma a RRAS 5 e estado de São Paulo.

**Gráfico 17. Percentual de óbitos por DIC - Itapevi, RRAS 5 e Estado de SP - 2001 a 2014**



No gráfico 17, podemos verificar a evolução do percentual de óbitos por DIC no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2014, visualizar graficamente e comparar estes dados com a RRAS 5 e Estado SP.

**Gráfico 18. Média móvel do percentual de óbitos por DIC – Itapevi - 2001 a 2014**



No gráfico 18, visualizamos o percentual e a média móvel de óbitos por DIC no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2014. Identificando que este indicador teve pouca oscilação no período avaliado. Podemos perceber que a queda do percentual nos anos de 2012 a 2014 não é percebida pela média móvel.

✓ **Interpretação do grupo**

No período de 2001 a 2011 o indicador apresentou oscilações entre 15,38 (2006) e 10,2 (2005). A partir de 2012 (14,13) o município apresentou uma queda consecutiva nos anos seguintes 13,06 (2013), 11,17 (2014).

✓ **Conclusão do grupo**



A avaliação do grupo para este indicador foi amarela, um sinal de alerta pois apresenta índice pior que o Estado no ano de 2014.

### 3.3. Taxa de mortalidade por AVC – 30 a 59 anos

#### ✓ COMO O INDICADOR É CALCULADO?

$$\frac{\text{Nº de óbitos por AVC} \times 100.000}{\text{População de 30 a 59 anos residente}} \\ \text{Em um dado local e ano}$$

#### ✓ COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?

No ano de 2014, o município apresenta taxa de mortalidade por AVC de 8,25; significa que a cada 100 mil pessoas na faixa etária de 30 a 59 anos no município de Itapevi, 9 foram a óbito por AVC. A situação ideal deste indicador é de redução de óbitos por AVC, ou seja, quanto menor for esta taxa melhor.

#### ✓ QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?

Estima o risco de morte por acidente vascular cerebral e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública.

#### ✓ RESULTADO DA ANÁLISE

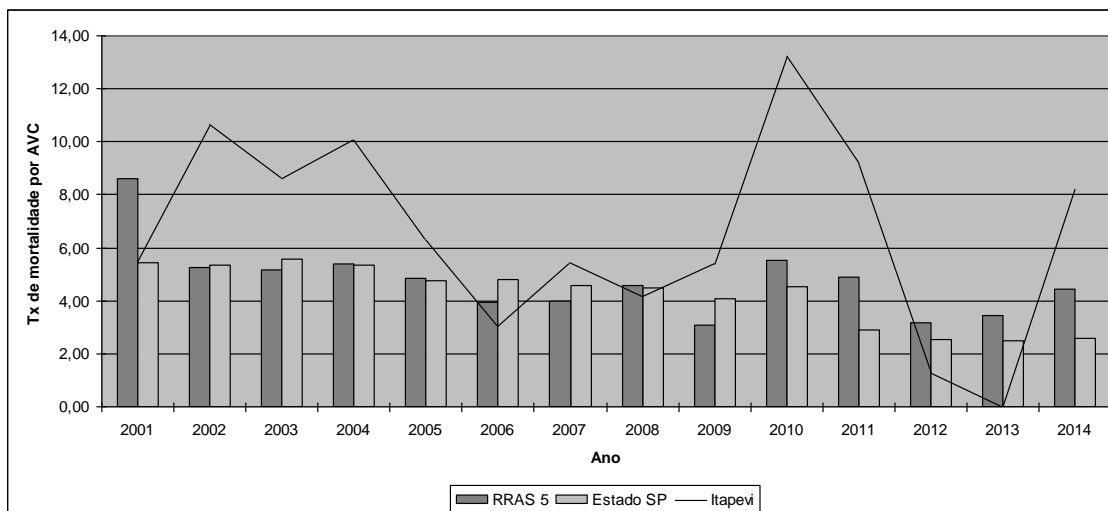
**Tabela 10. Taxa de mortalidade por AVC segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2001 a 2014**

Município	Taxa de mortalidade por AVC - 30 a 59 anos													
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Barueri	14,74	6,49	8,79	6,08	4,54	3,29	1,94	8,93	6,69	9,32	3,08	4,06	4,88	6,70
Carapicuíba	11,46	2,41	6,33	4,67	4,50	2,95	3,99	4,68	3,26	4,74	7,42	2,01	2,57	4,41
RRAS 5 Itapevi	5,47	10,65	8,61	10,04	6,28	3,05	5,44	4,16	5,37	13,23	9,13	1,29	-	8,25
Jandira	-	-	2,91	2,83	5,32	2,58	4,61	2,40	4,66	2,32	-	2,27	-	-
Osasco	7,88	5,32	2,83	5,59	5,05	4,99	4,56	3,52	1,38	3,99	3,99	4,34	3,51	3,47
Pirapora do Bom Jesus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17,01	-	-	-
Santana de Parnaíba	3,53	10,15	6,48	-	2,85	5,47	2,44	4,62	-	-	2,20	2,15	12,32	3,98
<b>RRAS 5</b>	<b>8,61</b>	<b>5,27</b>	<b>5,16</b>	<b>5,40</b>	<b>4,84</b>	<b>3,95</b>	<b>3,99</b>	<b>4,59</b>	<b>3,07</b>	<b>5,52</b>	<b>4,90</b>	<b>3,15</b>	<b>3,44</b>	<b>4,45</b>
<b>Estado SP</b>	<b>5,45</b>	<b>5,35</b>	<b>5,59</b>	<b>5,35</b>	<b>4,76</b>	<b>4,80</b>	<b>4,59</b>	<b>4,47</b>	<b>4,08</b>	<b>4,51</b>	<b>2,90</b>	<b>2,52</b>	<b>2,50</b>	<b>2,60</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

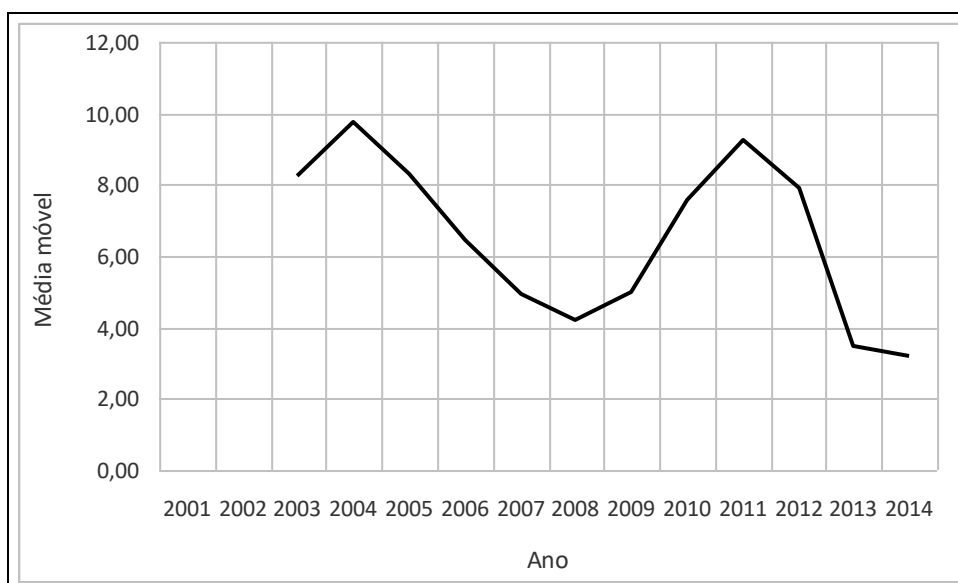
A tabela 10 mostra como a taxa de mortalidade por AVC evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar esta taxa com cada município da região, coma a RRAS 5 e estado de São Paulo.

**Gráfico 19. Taxa de mortalidade por AVC - Itapevi, RRAS 5 e Estado de SP - 2001 a 2014**



No gráfico 19, podemos verificar a evolução da taxa de mortalidade por AVC no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2014, visualizar graficamente e comparar esta taxa com a RRAS 5 e Estado SP.

**Gráfico 20. Média Móvel da taxa de mortalidade por AVC – Itapevi - 2001 a 2014**



No gráfico 20, visualizamos a média móvel da taxa de mortalidade por AVC no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2014. Identificando que este indicador teve muita oscilação no período avaliado, e utilizando a média móvel que suaviza estas oscilações percebemos uma melhoria muito suave nos últimos 2 anos.

✓ **Interpretação do grupo**

No período analisado este indicador teve oscilações significativas de 0 (2013) a 13,23 (2010). Comparando o início e o final do período o indicador piorou.

✓ **Conclusão do grupo**



A avaliação do grupo para este indicador foi vermelha, pois apresenta índices piores que a região e o Estado no ano de 2014.



### 3.4. Percentual de óbitos por AVC – 30 a 59 anos

#### ✓ COMO O INDICADOR É CALCULADO?

$$\frac{\text{Nº de óbitos por AVC} \times 100}{\text{Total de óbitos 30 – 59 anos residente}} \\ \text{Em um dado local e ano}$$

#### ✓ COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?

O município apresentou como indicador 5,85 de óbitos por AVC em 2016, significa que de cada 100 (cem) óbitos ocorridos em 2014 na faixa etária de 30 a 59 anos em Itapevi 6 pessoas foram a óbito por AVC.

#### ✓ QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?

Estima as chances de óbito de um indivíduo em consequência de AVC, no total de óbitos e dimensiona a sua magnitude como problema de saúde pública. Reflete as condições de vida da população e a qualidade da atenção à saúde.

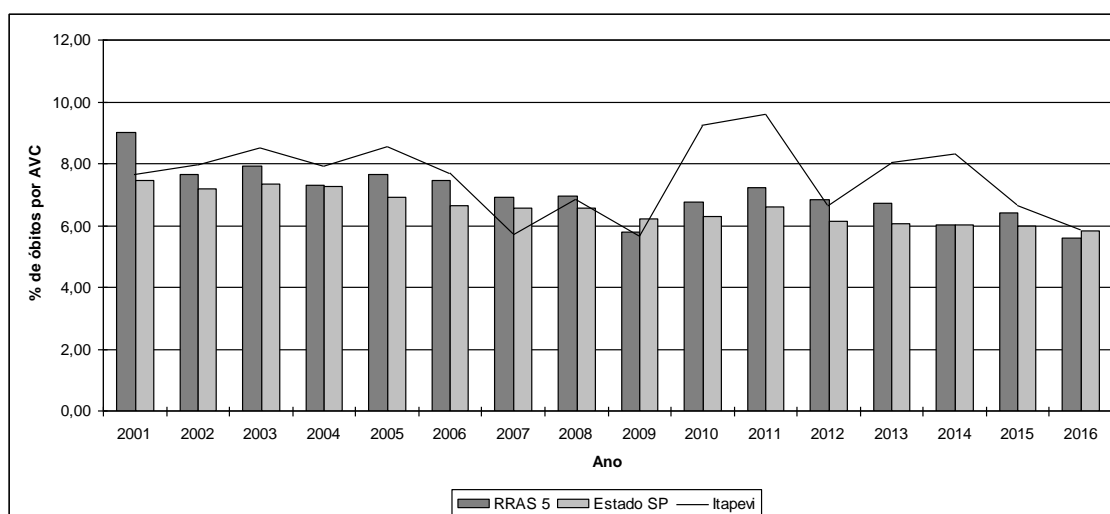
#### ✓ RESULTADO DA ANÁLISE

**Tabela 11. Percentual de óbitos por AVC segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2001 a 2016**

Município	% de óbitos por AVC - 30 a 59 anos															
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Barueri	9,56	10,15	9,39	6,42	5,00	6,86	7,88	8,52	8,92	7,94	6,40	6,61	6,68	5,09	6,50	4,43
Carapicuíba	9,86	7,14	8,48	8,87	8,24	7,01	6,70	6,67	6,36	6,76	7,23	6,74	6,06	4,84	5,52	8,50
Itapevi	7,67	7,95	8,50	7,91	8,55	7,69	5,72	6,83	5,67	9,24	9,60	6,65	8,06	8,31	6,63	5,85
Jandira	6,78	8,45	10,37	3,45	8,82	8,02	4,85	5,56	4,58	7,59	6,32	7,14	5,19	3,40	5,56	7,14
Osasco	9,02	6,90	6,86	7,28	8,08	7,90	7,58	6,95	4,89	6,15	7,33	6,76	6,48	6,61	6,75	4,78
Pirapora do Bom Jesus	7,69	18,18	-	6,25	4,55	4,00	-	3,13	-	-	10,53	10,81	3,45	4,00	10,71	-
Santana de Parnaíba	10,00	6,48	7,55	6,73	6,78	6,06	5,26	5,43	4,17	0,83	3,33	7,94	9,55	6,90	6,77	3,85
<b>RRAS 5</b>	<b>9,00</b>	<b>7,66</b>	<b>7,91</b>	<b>7,32</b>	<b>7,67</b>	<b>7,44</b>	<b>6,90</b>	<b>6,94</b>	<b>5,77</b>	<b>6,77</b>	<b>7,22</b>	<b>6,83</b>	<b>6,70</b>	<b>6,03</b>	<b>6,41</b>	<b>5,59</b>
<b>Estado SP</b>	<b>7,45</b>	<b>7,19</b>	<b>7,33</b>	<b>7,28</b>	<b>6,90</b>	<b>6,65</b>	<b>6,58</b>	<b>6,57</b>	<b>6,21</b>	<b>6,28</b>	<b>6,58</b>	<b>6,15</b>	<b>6,07</b>	<b>6,01</b>	<b>5,97</b>	<b>5,83</b>

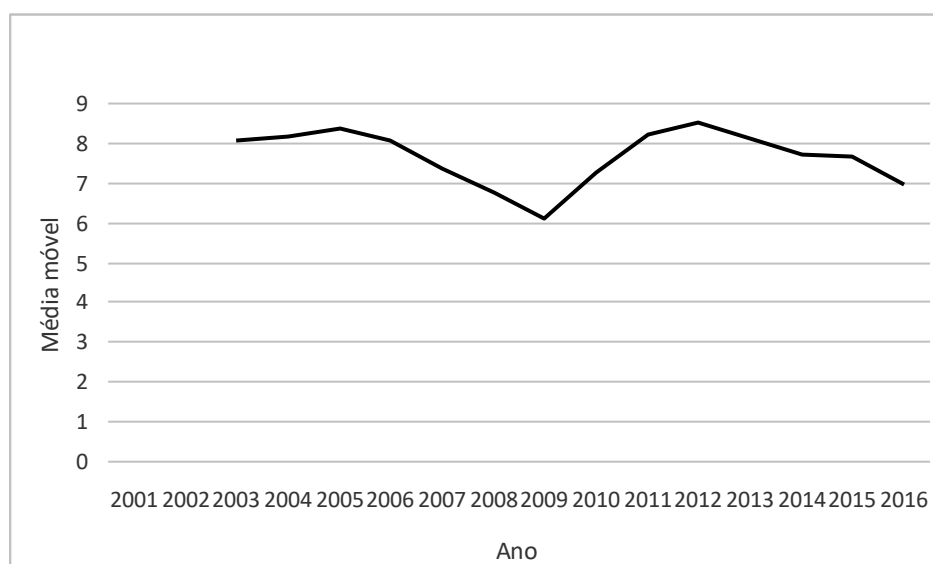
A tabela 11 mostra como o percentual de óbitos por AVC evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar estes dados com cada município da região, com a RRAS 5 e estado de São Paulo.

**Gráfico 21. Percentual de óbitos por AVC - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016**



No gráfico 21, podemos verificar a evolução do percentual de óbitos por AVC no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2016, visualizar graficamente e comparar estes dados com a RRAS 5 e Estado SP.

**Gráfico 22. Média móvel do percentual de óbitos por AVC – Itapevi - 2001 a 2016.**



No gráfico 22, visualizamos o percentual e a média móvel de óbitos por AVC no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2016. Identificando que este indicador teve muita oscilação no período avaliado, apresentando uma melhoria muito suave nos últimos 2 anos em comparação ao início do período avaliado.

✓ **Interpretação do grupo**

No período analisado o município apresentou oscilações de 9,24 (2010) a 5,67 (2009); considerando o período analisado podemos afirmar que houve uma queda de 2001 (7,67) para 2016 (5,85).

✓ **Conclusão do grupo**



A avaliação do grupo para este indicador foi amarela, um sinal de alerta, pois apresenta índices semelhantes aos da região e o Estado no ano de 2016, e uma suave queda no período analisado.

#### 4. INDICADORES QUE REFLETEM O ACESSO E A QUALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE

##### 4.1. Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)

###### ✓ COMO O INDICADOR É CALCULADO?

$$\frac{\text{Total de internações por condições sensíveis a AB}}{\text{Total de internações residentes}} \times 100$$

Em um dado local e ano

###### ✓ COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?

O município apresenta o percentual de ICSAB em 9,77 no ano de 2015, significa que de 100 (cem) internações hospitalares de residentes em Itapevi, 10 internações foram por condições sensíveis a AB. A situação ideal para este indicador é de diminuição das internações por ICSAB, assim quanto menor for este percentual melhor.

###### ✓ QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?

Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais. Analisar a efetividade do cuidado na atenção básica, assim como o desenvolvimento de ações de regulação do acesso às internações hospitalares. Analisar variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição proporcional das internações hospitalares sensíveis a atenção básica, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos. Contribuir na realização de análises comparativas do adequado uso de recursos médico-hospitalares. Subsidiar processos planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a atenção básica.

## ✓ RESULTADO DA ANÁLISE

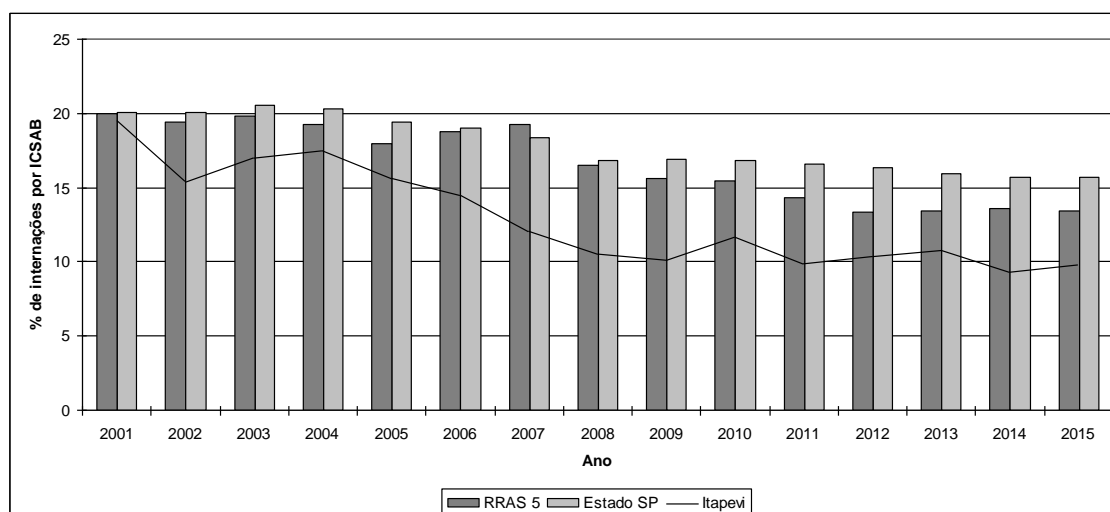
**Tabela 12. Percentual de internações por Condições Sensíveis a Atenção Básica por Município, RRAS 5 e Estado de SP, no período de 2001 a 2015**

		% internações por CSAB por Ano														
	Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
RRAS 5	Barueri	12,57	14,94	16,36	16,53	15,36	16,65	15,83	15,77	16,51	16,50	14,98	13,20	13,90	14,42	12,84
	Carapicuíba	15,54	15,20	15,85	16,34	15,44	17,06	18,52	16,12	17,08	16,68	15,11	13,87	13,24	13,61	12,62
	Itapevi	19,48	15,35	17,03	17,48	15,63	14,52	12,09	10,52	10,10	11,63	9,91	10,35	10,77	9,33	9,77
	Jandira	50,15	35,45	33,14	35,24	33,25	39,08	44,76	34,41	19,08	16,98	13,72	15,63	13,12	13,37	11,74
	Osasco	17,09	21,74	21,72	19,33	17,63	16,49	16,13	15,09	16,36	15,50	14,83	13,79	14,54	15,10	16,62
	Pirapora do Bom Jesus	14,06	16,36	13,14	15,02	14,50	13,16	13,15	9,72	11,11	11,26	12,99	12,29	12,16	12,51	9,69
	Santana de Parnaíba	12,13	13,71	12,17	13,73	12,95	11,34	9,32	7,86	7,82	13,32	15,81	14,57	12,15	11,90	11,26
	<b>RRAS 5</b>	<b>19,96</b>	<b>19,43</b>	<b>19,86</b>	<b>19,28</b>	<b>17,97</b>	<b>18,76</b>	<b>19,29</b>	<b>16,53</b>	<b>15,61</b>	<b>15,49</b>	<b>14,31</b>	<b>13,37</b>	<b>13,41</b>	<b>13,59</b>	<b>13,42</b>
<b>Estado SP</b>	<b>20,04</b>	<b>20,09</b>	<b>20,56</b>	<b>20,27</b>	<b>19,43</b>	<b>19,01</b>	<b>18,39</b>	<b>16,82</b>	<b>16,87</b>	<b>16,82</b>	<b>16,58</b>	<b>16,37</b>	<b>15,93</b>	<b>15,72</b>	<b>15,66</b>	

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

A tabela 12 mostra como o % de internações por CSAB evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar esta taxa com cada município da região, coma a RRAS 5 e estado de São Paulo.

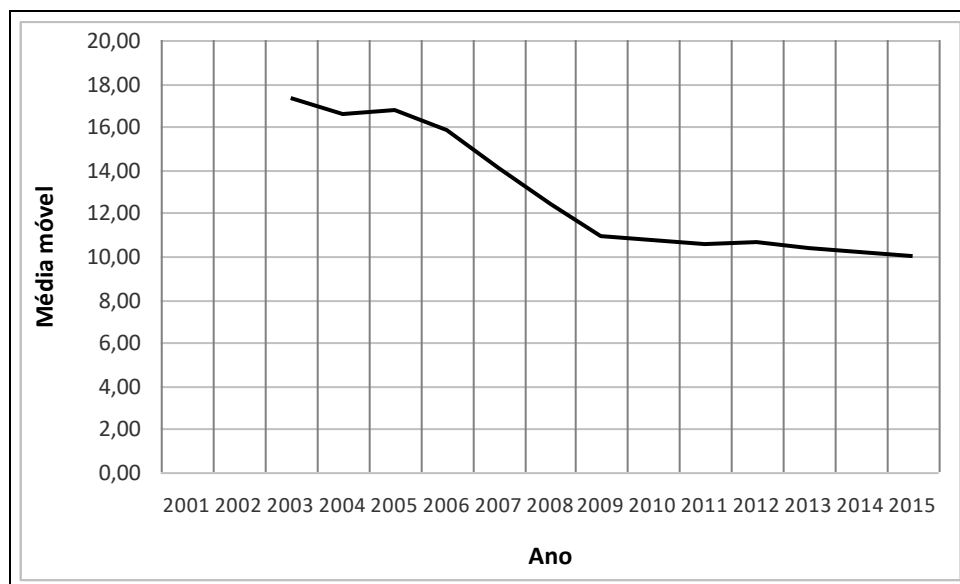
**Gráfico 23. Percentual de internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2001 a 2015**



No gráfico 23, podemos verificar a evolução do percentual de internação por condições sensíveis à Atenção Básica no município de Itapevi ao longo dos anos

de 2001 a 2015, visualizar graficamente e comparar esta taxa com a RRAS 5 e Estado SP.

**Gráfico 24. Média Móvel do percentual de internações por CSAB e – Itapevi - 2001 a 2015**



No gráfico 24, visualizamos o percentual e a média móvel de internações por CSAB no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2015. Identificando que este indicador apresentou queda entre os anos de 2001 a 2009 e uma estabilidade nos anos seguintes, pela média móvel notamos uma melhoria e estabilidade no número de internações nos últimos 5 anos.

✓ **Interpretação do grupo**

No período analisado, se considerarmos que em 2001 o percentual era de 19,48, apesar das oscilações podemos crer que houve uma queda, em 2015 temos 9,77 como percentual de ICSAB.

✓ **Conclusão do grupo**



A avaliação do grupo para este indicador foi verde, pois o município apresentou indicadores melhores que a região e do Estado, e nos últimos anos apresentou uma queda e manteve por um período de 4 a 5 anos.

**4.2. Percentual da população coberta pela saúde suplementar**

✓ **COMO O INDICADOR É CALCULADO?**

$$\frac{\text{Nº de beneficiários de planos de saúde de assistência médica suplementar}}{100}$$

População residente  
Em um dado local e ano

✓ **COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?**

No ano de 2016 em Itapevi, o percentual da população coberta pela saúde suplementar foi de 27,60, significa que 28 pessoas em cada 100 possuem convênios de saúde.

✓ **QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?**

Reflete as condições de vida da população e a qualidade da atenção à saúde.

✓ **RESULTADO DA ANÁLISE**

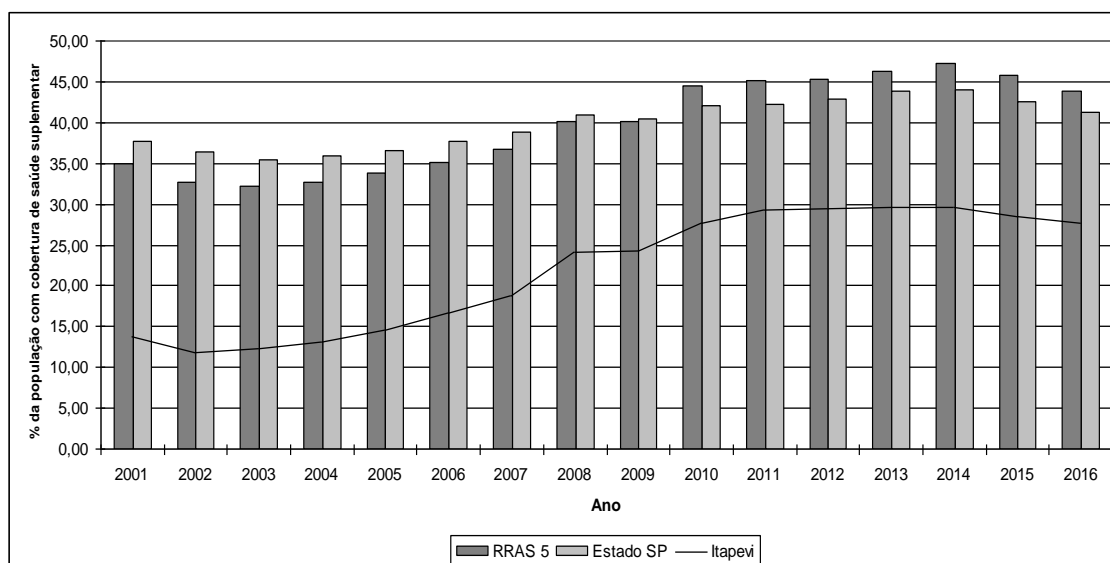
**Tabela 13. Percentual da população coberta pela saúde suplementar segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP, no período de 2001 a 2016**

		Cobertura Saúde Suplementar por e Ano															
	Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Barueri	66,50	70,06	61,95	58,94	59,94	55,69	53,98	53,06	51,57	59,00	60,51	59,92	61,17	65,82	67,59	65,52
	Carapicuíba	15,72	16,06	18,58	20,85	22,40	25,69	28,81	33,48	34,05	37,75	38,74	39,52	40,94	41,42	39,11	37,23
RRAS 5	Itapevi	13,83	11,79	12,28	13,05	14,55	16,62	18,82	24,08	24,32	27,74	29,34	29,39	29,59	29,62	28,42	27,60
	Jandira	17,24	17,29	19,09	20,86	22,91	24,22	25,61	29,32	30,05	34,14	35,87	35,42	36,71	37,41	35,43	33,34
	Osasco	43,43	37,71	37,24	37,39	37,59	39,73	41,83	45,75	45,64	49,80	49,99	50,24	51,53	51,74	49,75	47,57
	Pirapora do Bom Jesus	4,33	4,58	5,14	12,43	13,82	14,53	15,85	15,69	26,46	32,85	27,35	23,56	20,63	18,21	17,05	16,74
	Santana de Parnaíba	34,77	28,67	31,57	31,67	35,67	37,27	38,43	39,18	39,95	46,44	44,41	44,84	45,63	46,65	45,24	43,33
	<b>RRAS 5</b>	<b>34,98</b>	<b>32,67</b>	<b>32,24</b>	<b>32,64</b>	<b>33,76</b>	<b>35,12</b>	<b>36,78</b>	<b>40,09</b>	<b>40,16</b>	<b>44,54</b>	<b>45,14</b>	<b>45,27</b>	<b>46,33</b>	<b>47,23</b>	<b>45,82</b>	<b>43,91</b>
	<b>Estado SP</b>	<b>37,63</b>	<b>36,39</b>	<b>35,45</b>	<b>35,88</b>	<b>36,58</b>	<b>37,77</b>	<b>38,85</b>	<b>40,91</b>	<b>40,53</b>	<b>42,12</b>	<b>42,29</b>	<b>42,90</b>	<b>43,82</b>	<b>43,99</b>	<b>42,62</b>	<b>41,19</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

A tabela 13 mostra como o percentual da população coberta pela saúde suplementar evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar esta taxa com cada município da região, coma a RRAS 5 e estado de São Paulo.

**Gráfico 25. Percentual da população coberta pela saúde suplementar - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2001 a 2016**



No gráfico 25 podemos verificar a evolução da cobertura de saúde suplementar no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2016, visualizar graficamente e comparar esta taxa com a RRAS 5 e Estado SP.

**Gráfico 26. Média móvel do percentual de população cobertura pela Saúde Suplementar – Itapevi - 2001 a 2016**



No gráfico 26 podemos visualizar a média móvel do percentual de população coberta pela saúde suplementar no município de Itapevi ao longo dos anos de 2001 a 2016. Identificando que este indicador aumentou no período avaliado, mesmo sendo um dos mais baixos da região.



✓ **Interpretação do grupo**

Apesar da oscilação no período analisado de 11,79 (2002) a 29,62 (2014), podemos notar que este indicador em Itapevi não ultrapassou a marca de 30%. Em 2016 o percentual ficou em 27,60.

✓ **Conclusão do grupo**



A avaliação do grupo para este indicador foi amarela, pois apresenta indicadores menores que a região e Estado, e conseqüentemente um alto percentual de população SUS dependente.

### 4.3. Média de consultas básicas em UBS, Centro e Posto de Saúde (normal)

#### ✓ COMO O INDICADOR É CALCULADO?

Média de consultas normal

População residente  
Em um dado local e ano

#### ✓ COMO INTERPRETAR ESSE INDICADOR?

O município de Itapevi no ano de 2014 apresentou 0,99 de média de consultas por habitante, significa que em média a população teve acesso à pelo menos uma consulta no de 2014. O parâmetro proposto para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde é de 2 consultas anuais.

#### ✓ QUAL A IMPORTÂNCIA DO INDICADOR?

Esse indicador reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência individual. É usado para avaliar e reprogramar a oferta de consultas médicas básicas ambulatoriais.

#### ✓ RESULTADO DA ANÁLISE

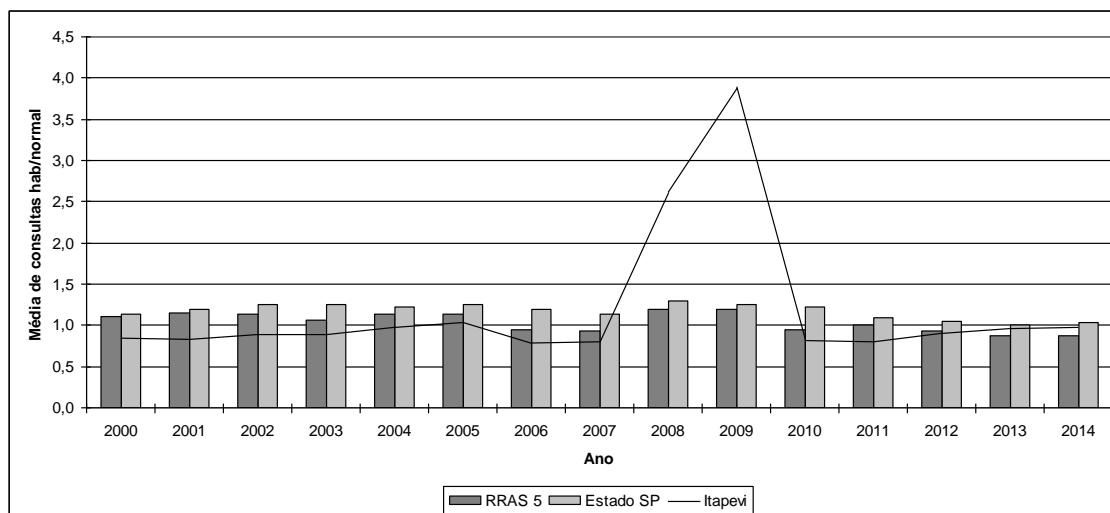
**Tabela 14. Média de consultas Habitantes/normal por Município, RRAS 5 e Estado de SP, no período de 2000 a 2014**

		Média Consultas hab/NORMAL por Ano															
	Município	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
RRAS 5	Barueri	2,3	2,0	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	1,8	1,6	2,0	2,0	1,9	1,7	1,6	
	Carapicuíba	0,2	0,5	0,7	0,8	0,7	0,9	0,6	0,6	0,8	0,5	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5	
	Itapevi	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	0,8	0,8	2,6	3,9	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	
	Jandira	2,1	2,7	2,1	2,3	2,7	2,7	1,7	0,9	1,1	0,8	0,9	0,8	0,8	0,7	1,2	
	Osasco	1,1	1,1	1,0	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7	0,8	
	Pirapora do Bom Jesus	1,0	1,5	1,1	1,2	1,4	1,2	1,3	1,0	1,1	1,1	0,9	0,9	0,9	0,7	0,7	0,8
	Santana de Parnaíba	1,3	1,1	1,1	1,4	1,8	1,3	1,1	1,1	1,3	1,2	1,2	1,3	1,4	1,2	1,1	
	RRAS 5	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	0,9	0,9	1,2	1,2	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	
	<b>Estado SP</b>	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

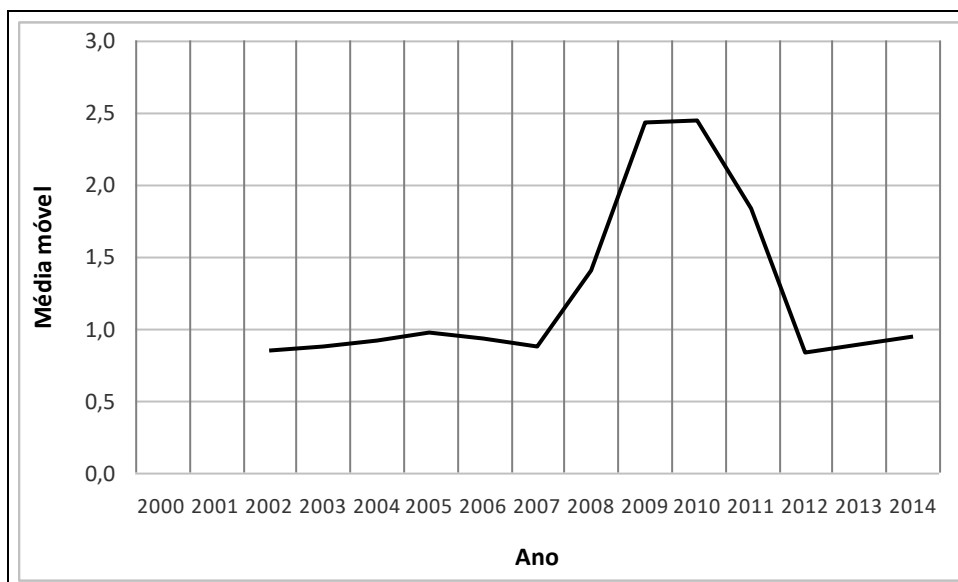
A tabela 14 mostra como a Média de consultas evoluiu no município de Itapevi no período analisado, permitindo comparar esta média com cada município da região, com a RRAS 5 e estado de São Paulo.

**Gráfico 27. Média de consultas Habitantes/ normal - Itapevi, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de SP - 2000 a 2014**



No gráfico 27, podemos verificar a evolução da média de consultas no município de Itapevi ao longo dos anos de 2000 a 2014, visualizar graficamente e comparar esta taxa com a RRAS 5 e Estado SP.

**Gráfico 28. Média móvel da média de Consultas Habitantes/Normal – Itapevi - 2000 a 2014**



No gráfico 28, visualizamos a média móvel da média de consultas no município de Itapevi ao longo dos anos de 2000 a 2014. Identificando que este indicador

teve um pico nos anos de 2008 e 2009 do período avaliado, apresentando uma média sem oscilação em outros anos do período.

✓ **Interpretação do grupo**

No período analisado a média de consultas diminuiu. Este indicador chegou a 3,89 (2009) e chegou a diminuir em torno de 0,80 em 2011, melhorando um pouco nos anos de 2013 e 2014.

✓ **Conclusão do grupo**



A avaliação do grupo para este indicador foi Vermelha, avaliação negativa, pois apresenta índices piores que a região e Estado, e demonstra que há a necessidade em fortalecer e organizar os serviços para aumentar o acesso da população às consultas básicas.

## 5. SÍNTESE DA AVALIAÇÃO DOS INDICADORES

No quadro 1 temos a avaliação dos indicadores sinalizada por cores do Município de Itapevi realizada pelos profissionais de saúde do município.

Quadro 1. Quadro síntese com avaliação dos indicadores sinalizadas por cores

Grupo	Indicador	Avaliação do indicador
1	Taxa de mortalidade infantil	Negativa
	% de nascidos vivos com peso < 2,5kg	Alerta
	Incidência de sífilis congênita	Negativa
	% de nascidos vivos de mães com 7 ou + consultas	Alerta
2	Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero	Alerta
	Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64anos	Negativa
	Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos	Alerta
3	Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração - 30 A 59 anos	Alerta
	% de óbitos por doenças isquêmicas do coração - 30 a 59 anos	Alerta
	Taxa de mortalidade por AVC	Negativa
	% de óbitos por AVC - 30 a 59 anos	Alerta
4	Internações por causas sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	Positiva
	% da população coberta pela saúde suplementar	Alerta
	Média de consultas por habitante nas especialidades básicas (normal e urgência)	Negativa

Fonte: Elaborado pela autora com base nas Oficinas de Indicadores da Atenção Básica

**ANEXO 2 – TABELA E QUADROS**

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Método de cálculo de cada indicador, unidade de medida e fonte.....	2
--	---

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Proporção de cobertura populacional estimada (%) da Estratégia Saúde da Família no Brasil segundo Região geográfica, Unidade federativa e Ano (2013-2017)..	4
<b>Tabela 2.</b> Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) por ano segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - período de 2001 a 2016* .....	5
<b>Tabela 3.</b> Percentual de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer por ano segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2015.....	5
<b>Tabela 4.</b> Taxa de incidência de Sífilis congênita por ano segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2007 a 2016.....	5
<b>Tabela 5.</b> Percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas por município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2000 a 2015.....	6
<b>Tabela 6.</b> Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero por município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2016 .....	6
<b>Tabela 7.</b> Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2008 a 2016 .....	7
<b>Tabela 8.</b> Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos segundo município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2009 a 2016.....	7
<b>Tabela 9.</b> Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração (DIC) na faixa etária de 30 a 59 anos por município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2014.....	8
<b>Tabela 10.</b> Percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração na faixa etária de 30 a 59 anos por município, RRAS5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo .....	8
<b>Tabela 11.</b> Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) na faixa etária de 30 a 59 anos por município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2014 .....	8
<b>Tabela 12.</b> Percentual de óbitos por acidente vascular cerebral na faixa etária de 30 a 59 anos segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016 .....	9
<b>Tabela 13.</b> Percentual de internação por condições sensíveis a atenção básica por município, RRAS 5 e estado de São Paulo - 2001 a 2015.....	9
<b>Tabela 14.</b> Percentual de cobertura de saúde suplementar segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016.....	10
<b>Tabela 15.</b> Média de consultas básicas por habitantes/normal segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2000 a 2014.....	10

**Quadro 1.** Método de cálculo de cada indicador, unidade de medida e fonte.

<b>Indicador</b>	<b>Numerador</b>	<b>Denominador</b>	<b>Unidade</b>	<b>Fonte</b>
<b>Taxa de Mortalidade Infantil</b>	Nº de óbitos em menores de 1 ano de idade em um determinado local de residência e ano	Nº de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano	1.000	Numerador:2000 - 2010 - Base Unificada de Óbitos - SESSP/FSEADE A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; Denominador: 2000 - 2010 - Base Unificada de Nascidos Vivos - SESSP/FSEADE A partir de 2011 - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/CCD/SESSP
<b>Coefficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero</b>	Nº de óbitos por neoplasia maligna de útero de um determinado local de residência e ano	População feminina residente nesse mesmo local e ano	100 mil	Numerador: 2000 - 2010 - Base Unificada de Óbitos - SESSP/FSEADE A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; Denominador: 2000 - 2012 - Estimativas populacionais - IBGE/DATASUS 2013 - 2015 - Estimativas - Fundação SEADE
<b>Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração – 30 a 59 anos</b>	Nº de óbitos por DICde um determinado local de residência e ano	População de 30 – 59 anos residente nesse mesmo local e ano	100 mil	<b>Numerador:</b> 2000 - 2010 - Base Unificada de Óbitos - SESSP/FSEADE A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM <b>Denominador:</b> 2000 - 2012 - Estimativas populacionais - IBGE/DATASUS 2013 - 2014 - Estimativas - Fundação SEADE
<b>Percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração - 30 a 59 anos</b>	Nº de óbitos por DIC de um determinado local de residência e ano	Total de óbitos 30 – 59 anos residente nesse mesmo local e ano	100	<b>Numerador e denominador:</b> 2000 - 2010 - Base Unificada de Óbitos - SESSP/FSEADE A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
<b>Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral – 30 a 59 anos</b>	Nº de óbitos por AVC de um determinado local de residência e ano	População de 30 – 59 anos residente nesse mesmo local e ano	100 mil	<b>Numerador:</b> 2000 - 2010 - Base Unificada de Óbitos - SESSP/FSEADE A partir de 2011 - SESSP/CCD - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM <b>Denominador:</b> 2000 - 2012 - Estimativas populacionais - IBGE/DATASUS 2013 - 2014 - Estimativas - Fundação SEADE
<b>Percentual de nascidos vivos com peso &lt; 2,5 kg</b>	Nº de nascidos vivos com peso ao nascer < 2,5kg em um determinado local de residência e ano	Nº de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano	100	<b>Numerador e denominador:</b> 2000 – 2010 – Base Unificada de Óbitos – SESSP/FSEADE A partir de 2011 – SESSP/CCD – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM
<b>Incidência de sífilis congênita</b>	Nº de casos de sífilis congênita em um determinado local de residência e ano	Nº de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano	1.000	<b>Numerador:</b> SESSP/CCD/CVE/SINAN/VE-PEDST/AIDS-SP <b>Denominador:</b> 2000 – 2010 – Base Unificada de Nascidos Vivos – SESSP/FSEADE A partir de 2011 – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC/CCD/SESSP



Continuação....

<b>Indicador</b>	<b>Numerador</b>	<b>Denominador</b>	<b>Unidade</b>	<b>Fonte</b>
<b>Percentual da população coberta pela saúde suplementar</b>	Nº de beneficiários de planos de saúde de assistência médica suplementar em um determinado local de residência e ano	População residente nesse mesmo local e ano	100	Numerador: ANS – Agência Nacional de Saúde (dezembro de cada ano); Denominador: 2000 – 2012 – Estimativas populacionais – IBGE/DATASUS 2013 – 2016 – Estimativas – Fundação SEADE
<b>Percentual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal</b>	Nº de nascidos vivos de mães com 7 consultas ou mais de pré-natal em um determinado local de residência e ano	Nº de nascidos vivos residentes nesse mesmo local e ano	100	Numerador e denominador: 2000 – 2010 – Base Unificada de Nascidos Vivos – SESSP/FSEADE A partir de 2011 – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC/CCD/SESSP
<b>Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos</b>	Nº de exames realizados em população feminina de 25 a 64 anos em um determinado local de residência e ano	1/3 do Nº da população feminina de 25 a 64 anos nesse mesmo local e ano	Razão	Numerador: Exames: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SAI-SUS/DATASUS/MS; Denominador: 2000 – 2012 – Estimativas populacionais – IBGE/DATASUS 2013 – 2015 – Estimativas – Fundação SEADE
<b>Média de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas (normal)</b>	Nº de consultas normal em um determinado local de residência e ano	População residente nesse mesmo local e ano	Razão	Numerador: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SAI-SUS/DATASUS/MS; Denominador: 2000 – 2012 – Estimativas populacionais – IBGE/DATASUS 2013 – 2014 – Estimativas – Fundação SEADE
<b>Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos</b>	Nº de exames de mamografia apresentada em um determinado local e período	Metade da população feminina de 50 a 69 anos nesse mesmo local e período	Razão	<b>Numerador:</b> Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SAI-SUS/DATASUS/MS <b>Denominador:</b> 2000 – 2012 – Estimativas populacionais – IBGE/DATASUS 2013 – 2014 – Estimativas – Fundação SEADE
<b>Percentual de óbitos por acidente vascular cerebral – 30 a 59 anos</b>	Nº de óbitos por AVC de um determinado local de residência e ano	Total de óbitos 30 – 59 anos residente nesse mesmo local e ano	100	<b>Numerador e denominador:</b> 2000 – 2010 – Base Unificada de Óbitos – SESSP/FSEADE A partir de 2011 – SESSP/CCD – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM
<b>Internações por condições sensíveis a Atenção Básica (ICCSAB)</b>	Total de internações (de residentes de um dado local) por condições sensíveis a AB	Total de internações de residentes de um dado local e ano	100	<b>Numerador e denominador:</b> Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH-SUS/DATASUS/MS

Fonte: Elaborado pela autora com base na coleta dos dados utilizando TABWIN

**Tabela 1.** Proporção de cobertura populacional estimada (%) da Estratégia Saúde da Família no Brasil segundo Região geográfica, Unidade federativa e Ano (2013-2017).

		Cobertura ESF/Ano				
Região	UF	2013	2014	2015	2016	2017
CENTRO-OESTE	DF	23,0	19,7	31,5	32,6	28,2
	GO	63,7	65,2	67,3	67,3	64,4
	MT	61,5	63,6	64,7	67,5	66,7
	MS	64,2	64,7	69,3	68,4	65,1
Subtotal		55,9	56,4	60,5	61,2	58,1
NORDESTE	AL	73,3	74,3	75,4	75,7	74,5
	BA	61,6	66,2	70,7	72,1	69,9
	CE	67,2	75,4	79,2	82,2	78,3
	MA	74,4	81,0	84,0	83,6	82,4
	PB	91,6	94,2	94,4	94,9	94,0
	PE	68,2	72,7	75,1	77,0	75,5
	PI	95,9	96,1	96,9	99,3	98,6
	RN	73,4	81,9	83,9	82,1	79,6
SE	81,4	87,9	90,3	89,8	82,5	
Subtotal		71,5	76,6	79,5	80,6	78,4
NORTE	AC	73,7	72,0	79,3	79,8	79,9
	AP	56,1	68,3	74,0	74,0	69,1
	AM	48,8	49,5	59,8	60,1	53,7
	PA	42,3	45,0	50,6	54,6	54,9
	RO	58,6	62,6	73,2	73,8	70,8
	RR	62,7	65,6	73,2	76,4	72,6
	TO	82,7	89,5	93,8	94,6	93,9
Subtotal		51,5	54,4	61,5	63,8	61,9
SUDESTE	ES	52,5	55,6	61,3	61,6	58,5
	MG	70,2	72,6	78,9	79,6	76,6
	RJ	45,0	44,8	49,0	49,2	55,7
	SP	30,5	31,5	38,4	39,9	38,4
Subtotal		44,0	45,2	51,4	52,3	52,0
SUL	PR	57,2	60,0	66,4	68,0	64,8
	RS	39,9	42,2	52,6	56,7	56,8
	SC	71,6	74,8	79,3	80,2	78,7
Subtotal		53,8	56,5	64,0	66,4	65,0
<b>Total Geral</b>		<b>54,5</b>	<b>57,2</b>	<b>62,5</b>	<b>63,8</b>	<b>62,4</b>

Fonte: Elaborado pela autora com base na coleta de dados do portal do departamento de Atenção Básica- consulta 18/09/2016 – dados 2017- e-gestor ab – acesso 30/11/2017.

**Tabela 2.** Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) por ano segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - período de 2001 a 2016\*

		Taxa de Mortalidade Infantil por Ano															
	Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RRAS 5	Barueri	12,86	9,90	8,39	10,79	9,46	10,72	11,43	8,49	7,90	8,00	8,59	10,72	7,77	9,56	13,42	8,65
	Carapicuíba	14,83	13,84	14,53	13,76	13,07	12,89	13,04	11,23	10,90	10,05	9,02	8,76	10,81	11,42	13,38	10,22
	Itapevi	15,60	11,91	15,32	9,74	15,11	12,58	14,80	12,76	15,07	13,23	10,19	12,54	9,97	9,72	6,93	12,98
	Jandira	20,20	16,76	16,43	17,75	14,63	11,70	13,59	19,85	11,88	10,14	7,66	8,65	12,15	9,75	15,62	8,47
	Osasco	17,17	14,87	16,77	14,81	16,15	12,64	13,77	12,78	12,99	12,13	11,10	14,09	13,33	12,67	10,18	13,61
	Pirapora do Bom Jesus	16,39	23,15	7,94	20,08	11,67	16,95	17,09	17,32	8,97	39,02	22,52	12,88	8,20	7,84	7,49	11,67
	Santana de Parnaíba	12,74	8,78	7,23	2,69	10,40	15,36	7,18	13,66	12,41	11,24	11,35	7,59	12,66	8,71	8,96	8,92
	<b>RRAS 5</b>	<b>15,75</b>	<b>13,35</b>	<b>14,18</b>	<b>12,93</b>	<b>13,80</b>	<b>12,47</b>	<b>13,02</b>	<b>12,21</b>	<b>11,76</b>	<b>11,08</b>	<b>9,98</b>	<b>11,35</b>	<b>11,14</b>	<b>10,97</b>	<b>11,22</b>	<b>11,25</b>
	Estado SP	16,07	15,04	14,85	14,25	13,44	13,28	13,07	12,56	12,48	11,86	11,58	11,52	11,53	11,44	10,79	11,10

\*Dados preliminares, sujeitos à alteração

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 3.** Percentual de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer por ano segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2015

		Percentual de NV com baixo peso ao nascer/ano														
	Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
RRAS 5	Barueri	8,71	8,83	8,35	7,99	8,42	8,33	7,84	8,19	8,95	8,94	8,77	8,33	8,73	8,22	8,51
	Carapicuíba	8,81	8,97	9,73	10,26	9,48	9,05	9,04	9,06	9,41	8,82	9,71	9,41	9,83	9,41	9,04
	Itapevi	9,52	9,58	9,90	9,12	9,09	9,82	10,58	10,43	10,06	10,82	9,99	10,31	9,65	8,38	8,97
	Jandira	8,08	8,49	9,43	8,34	8,95	8,65	6,92	8,17	8,50	7,88	10,37	7,84	8,73	8,23	8,49
	Osasco	8,93	9,57	9,45	9,70	9,24	9,50	9,39	9,31	9,45	9,63	10,24	10,00	9,89	9,25	8,26
	Pirapora do Bom	8,20	13,43	8,73	10,44	8,56	12,29	8,97	9,96	8,97	9,27	7,21	13,73	7,79	5,49	10,86
	Santana de Parnaíba	8,32	9,00	10,19	8,47	8,51	9,29	7,11	9,00	11,11	9,61	8,86	8,80	8,72	8,90	7,44
	<b>RRAS 5</b>	<b>8,85</b>	<b>9,26</b>	<b>9,41</b>	<b>9,33</b>	<b>9,08</b>	<b>9,20</b>	<b>8,94</b>	<b>9,13</b>	<b>9,46</b>	<b>9,37</b>	<b>9,73</b>	<b>9,43</b>	<b>9,47</b>	<b>8,87</b>	<b>8,55</b>
	Estado SP	8,85	9,02	9,18	9,03	8,89	8,43	8,78	8,77	9,16	9,12	9,3	9,28	9,3	9,13	9,05

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 4.** Taxa de incidência de Sífilis congênita por ano segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2007 a 2016

		Taxa de incidência de Sífilis congênita por Ano									
	Município	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RRAS 5	Barueri	1,60	0,61	0,75	0,55	0,54	0,88	1,38	1,80	0,89	0,92
	Carapicuíba	1,67	0,76	0,77	1,20	2,24	1,75	2,04	3,17	8,30	6,52
	Itapevi	1,35	1,09	0,54	1,32	5,63	5,57	9,92	1,89	1,82	3,91
	Jandira	0,62	0,58	0,59	0,60	2,31	2,34	4,62	1,07	1,54	3,39
	Osasco	2,31	2,19	1,52	1,79	2,15	4,73	4,41	2,26	6,00	4,07
	Pirapora do Bom Jesus	-	-	-	4,88	-	-	-	11,72	-	-
	Santana de Parnaíba	0,65	-	1,18	0,56	2,69	1,02	2,48	0,47	-	3,55
	<b>RRAS 5</b>	<b>1,73</b>	<b>1,24</b>	<b>1,01</b>	<b>1,26</b>	<b>2,35</b>	<b>3,06</b>	<b>3,89</b>	<b>2,21</b>	<b>4,33</b>	<b>3,94</b>
	Estado SP	1,35	1,41	1,36	1,98	2,48	3,14	3,95	4,8	5,43	6,19

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 5.** Percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas por município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2000 a 2015

Município	% NV de mães c/7+ consultas pré-natal por Município e Ano															
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Barueri	52,17	58,43	68,47	73,98	85,90	90,01	91,31	92,60	91,79	87,07	79,01	78,78	77,37	79,41	79,79	78,18
Carapicuíba	35,09	39,55	57,12	61,43	65,70	67,12	71,92	69,13	70,23	64,36	61,97	64,90	63,64	64,62	61,75	59,85
RRAS 5 Itapevi	58,91	52,85	50,81	58,01	61,08	57,67	61,99	66,03	70,15	68,52	68,20	67,93	63,97	68,30	68,66	60,75
Jandira	68,80	74,88	70,39	64,39	73,75	73,94	77,19	79,00	77,64	74,63	73,75	71,83	68,28	68,83	66,58	68,77
Osasco	40,56	50,09	69,48	71,57	78,85	76,15	76,56	77,88	76,24	72,23	68,54	69,91	66,93	64,62	63,06	57,96
Pirapora do Bom Jesus	49,47	53,28	36,11	47,22	61,85	80,93	85,59	87,61	75,32	70,85	66,83	74,77	69,96	72,13	73,73	73,78
Santana de Parnaíba	40,53	46,03	49,63	51,16	71,71	82,39	82,70	88,64	80,63	80,73	83,03	83,63	83,41	83,58	85,83	81,59
<b>RRAS 5</b>	<b>45,34</b>	<b>50,96</b>	<b>63,33</b>	<b>66,55</b>	<b>74,27</b>	<b>74,46</b>	<b>76,71</b>	<b>77,62</b>	<b>77,05</b>	<b>73,31</b>	<b>70,09</b>	<b>71,10</b>	<b>68,87</b>	<b>69,39</b>	<b>68,30</b>	<b>64,62</b>
<b>Estado SP</b>	<b>53,79</b>	<b>58,13</b>	<b>62,76</b>	<b>66,42</b>	<b>71,04</b>	<b>73,39</b>	<b>73,76</b>	<b>74,67</b>	<b>76,09</b>	<b>76,13</b>	<b>77,75</b>	<b>77,89</b>	<b>75,57</b>	<b>75,78</b>	<b>76,06</b>	<b>76,45</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 6.** Coeficiente de mortalidade por neoplasia de colo de útero por município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2016

Município	Tx Mort CA de Colo Útero por Município e Ano															
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Barueri	3,68	7,22	3,55	6,10	8,56	0,84	6,64	6,54	4,03	2,38	6,27	2,32	5,35	3,02	3,73	6,71
Carapicuíba	6,69	4,97	4,37	2,71	6,98	2,13	2,11	2,10	3,12	3,10	4,10	7,13	3,03	3,02	3,50	2,50
RRAS 5 Itapevi	2,35	4,57	14,48	5,43	2,12	5,20	7,13	5,99	4,90	8,66	3,79	1,86	0,92	13,54	0,89	8,01
Jandira	4,19	0,00	2,01	5,90	1,93	1,90	0,00	3,67	-	-	1,75	1,72	3,40	3,35	1,65	3,31
Osasco	5,00	2,93	6,41	5,51	3,76	2,30	5,74	3,71	2,85	2,55	5,09	3,66	3,37	2,52	5,59	5,87
Pirapora do Bom Jesus	15,47	15,00	0,00	14,18	-	-	-	-	-	24,79	12,15	11,92	11,70	11,51	-	11,33
Santana de Parnaíba	-	2,38	2,28	2,19	10,51	8,10	5,87	3,78	1,84	1,78	-	1,69	1,65	3,22	3,15	-
<b>RRAS 5</b>	<b>4,71</b>	<b>4,03</b>	<b>5,91</b>	<b>4,88</b>	<b>5,18</b>	<b>2,68</b>	<b>4,83</b>	<b>3,98</b>	<b>3,04</b>	<b>3,35</b>	<b>4,42</b>	<b>3,83</b>	<b>3,26</b>	<b>4,20</b>	<b>3,84</b>	<b>5,01</b>
<b>Estado SP</b>	<b>4,54</b>	<b>4,04</b>	<b>4,09</b>	<b>4,08</b>	<b>3,93</b>	<b>3,78</b>	<b>3,86</b>	<b>3,82</b>	<b>3,85</b>	<b>4,22</b>	<b>3,51</b>	<b>3,60</b>	<b>3,74</b>	<b>3,48</b>	<b>3,57</b>	<b>3,53</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 7.** Razão de exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2008 a 2016

		<b>Rz exam citopat colo útero por Município e Ano</b>								
	<b>Município</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
RRAS 5	Barueri	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,7	0,8	0,9
	Carapicuíba	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
	Itapevi	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,3	0,5
	Jandira	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	0,3	0,2	0,4
	Osasco	0,5	0,3	0,6	0,4	0,5	0,4	0,4	0,2	0,4
	Pirapora do Bom Jesus	0,5	0,7	0,6	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4	0,6
	Santana de Parnaíba	0,7	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9	0,6	0,5	0,8
	<b>RRAS 5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>
<b>Estado SP</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0,5</b>	

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 8.** Razão de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos segundo município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2009 a 2016

		<b>Razão exames mamografia por Município e Ano</b>								
	<b>Município</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	
RRAS 5	Barueri	0,2	0,6	0,7	0,7	0,7	0,5	0,5	0,6	
	Carapicuíba	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	
	Itapevi	0,0	0,1	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	
	Jandira	0,0	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	
	Osasco	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	
	Pirapora do Bom Jesus	0,0	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	
	Santana de Parnaíba	0,1	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,4	
	<b>RRAS 5</b>	<b>0,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	
<b>Estado SP</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>		

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 9.** Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração (DIC) na faixa etária de 30 a 59 anos por município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2014

		Taxa de mortalidade por DIC - 30 a 59 anos por ano													
Município		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
RRAS 5	Barueri	61,66	72,69	56,51	52,30	51,08	57,09	51,54	65,45	64,07	83,89	80,98	64,96	78,98	57,40
	Carapicuíba	67,13	46,64	67,23	56,03	51,05	54,58	58,55	69,56	59,34	68,44	63,37	50,98	46,82	47,91
	Itapevi	78,47	65,66	53,38	66,90	48,67	66,99	70,68	62,41	65,80	66,14	58,67	65,58	57,01	48,33
	Jandira	70,71	56,84	69,77	53,72	50,58	36,19	36,87	43,24	60,62	74,20	48,13	61,20	44,75	26,95
	Osasco	63,88	71,18	67,89	61,89	61,03	60,60	46,99	54,54	60,71	58,82	60,54	62,25	61,06	53,82
	Pirapora do Bom Jesus	50,10	96,81	70,34	68,18	0,00	41,16	0,00	132,20	72,91	34,56	102,04	50,23	159,49	93,12
	Santana de Parnaíba	17,64	77,84	38,91	68,47	54,19	76,60	48,70	34,66	37,56	40,54	39,59	27,96	51,35	49,78
	<b>RRAS 5</b>	<b>63,68</b>	<b>65,17</b>	<b>63,33</b>	<b>59,71</b>	<b>54,72</b>	<b>58,75</b>	<b>51,72</b>	<b>58,84</b>	<b>60,06</b>	<b>64,78</b>	<b>62,01</b>	<b>58,14</b>	<b>59,22</b>	<b>50,75</b>
<b>Estado SP</b>	<b>46,68</b>	<b>46,85</b>	<b>47,04</b>	<b>46,28</b>	<b>41,99</b>	<b>43,61</b>	<b>39,86</b>	<b>40,61</b>	<b>39,79</b>	<b>40,97</b>	<b>40,80</b>	<b>40,70</b>	<b>40,05</b>	<b>36,92</b>	

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 10.** Percentual de óbitos por doenças isquêmicas do coração na faixa etária de 30 a 59 anos por município, RRAS5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo

		% de óbitos por DIC - 30 a 59 anos por ano													
Município		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
RRAS 5	Barueri	11,27	13,86	10,56	10,62	10,71	13,72	11,00	14,41	15,33	15,31	15,31	11,74	15,03	11,41
	Carapicuíba	14,44	11,20	15,02	12,77	12,19	12,65	15,52	16,91	17,01	18,46	16,18	13,13	11,95	12,54
	Itapevi	13,74	12,25	10,54	12,66	10,20	15,38	14,17	13,98	14,63	14,01	12,00	14,13	13,06	11,17
	Jandira	12,99	13,38	14,63	13,10	11,18	8,64	9,70	11,11	16,99	20,25	12,07	16,07	13,64	8,90
	Osasco	11,58	12,65	12,81	12,13	12,68	12,73	11,04	12,53	13,46	12,94	13,46	14,18	15,44	13,27
	Pirapora do Bom Jesus	7,69	18,18	17,65	18,75	-	8,00	0,00	21,88	16,00	10,00	15,79	8,11	34,48	24,00
	Santana de Parnaíba	5,56	21,30	11,32	21,15	16,10	21,21	17,54	11,63	14,17	15,00	12,00	10,32	14,04	17,48
	<b>RRAS 5</b>	<b>12,19</b>	<b>12,92</b>	<b>12,76</b>	<b>12,52</b>	<b>11,98</b>	<b>13,24</b>	<b>12,34</b>	<b>13,87</b>	<b>14,76</b>	<b>14,95</b>	<b>13,98</b>	<b>13,40</b>	<b>14,38</b>	<b>12,61</b>
<b>Estado SP</b>	<b>9,53</b>	<b>9,75</b>	<b>9,90</b>	<b>9,89</b>	<b>9,45</b>	<b>9,89</b>	<b>9,76</b>	<b>9,91</b>	<b>9,74</b>	<b>10,16</b>	<b>10,06</b>	<b>10,18</b>	<b>10,24</b>	<b>10,09</b>	

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 11.** Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) na faixa etária de 30 a 59 anos por município, RRAS 5 e Estado de São Paulo - 2001 a 2014

		Taxa de mortalidade por AVC - 30 a 59 anos														
Município		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
RRAS 5	Barueri	14,74	6,49	8,79	6,08	4,54	3,29	1,94	8,93	6,69	9,32	3,08	4,06	4,88	6,70	
	Carapicuíba	11,46	2,41	6,33	4,67	4,50	2,95	3,99	4,68	3,26	4,74	7,42	2,01	2,57	4,41	
	Itapevi	5,47	10,65	8,61	10,04	6,28	3,05	5,44	4,16	5,37	13,23	9,13	1,29	-	8,25	
	Jandira	-	-	2,91	2,83	5,32	2,58	4,61	2,40	4,66	2,32	-	2,27	-	-	
	Osasco	7,88	5,32	2,83	5,59	5,05	4,99	4,56	3,52	1,38	3,99	3,99	4,34	3,51	3,47	
	Pirapora do Bom Jesus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17,01	-	-	-
	Santana de Parnaíba	3,53	10,15	6,48	-	2,85	5,47	2,44	4,62	-	-	2,20	2,15	12,32	3,98	
	<b>RRAS 5</b>	<b>8,61</b>	<b>5,27</b>	<b>5,16</b>	<b>5,40</b>	<b>4,84</b>	<b>3,95</b>	<b>3,99</b>	<b>4,59</b>	<b>3,07</b>	<b>5,52</b>	<b>4,90</b>	<b>3,15</b>	<b>3,44</b>	<b>4,45</b>	
<b>Estado SP</b>	<b>5,45</b>	<b>5,35</b>	<b>5,59</b>	<b>5,35</b>	<b>4,76</b>	<b>4,80</b>	<b>4,59</b>	<b>4,47</b>	<b>4,08</b>	<b>4,51</b>	<b>2,90</b>	<b>2,52</b>	<b>2,50</b>	<b>2,60</b>		

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 12.** Percentual de óbitos por acidente vascular cerebral na faixa etária de 30 a 59 anos segundo município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016

		% de óbitos por AVC - 30 a 59 anos														
Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Barueri	9,56	10,15	9,39	6,42	5,00	6,86	7,88	8,52	8,92	7,94	6,40	6,61	6,68	5,09	6,50	4,43
Carapicuíba	9,86	7,14	8,48	8,87	8,24	7,01	6,70	6,67	6,36	6,76	7,23	6,74	6,06	4,84	5,52	8,50
RRAS 5 Itapevi	7,67	7,95	8,50	7,91	8,55	7,69	5,72	6,83	5,67	9,24	9,60	6,65	8,06	8,31	6,63	5,85
Jandira	6,78	8,45	10,37	3,45	8,82	8,02	4,85	5,56	4,58	7,59	6,32	7,14	5,19	3,40	5,56	7,14
Osasco	9,02	6,90	6,86	7,28	8,08	7,90	7,58	6,95	4,89	6,15	7,33	6,76	6,48	6,61	6,75	4,78
Pirapora do Bom Jesus	7,69	18,18	-	6,25	4,55	4,00	-	3,13	-	-	10,53	10,81	3,45	4,00	10,71	-
Santana de Parnaíba	10,00	6,48	7,55	6,73	6,78	6,06	5,26	5,43	4,17	0,83	3,33	7,94	9,55	6,90	6,77	3,85
<b>RRAS 5</b>	<b>9,00</b>	<b>7,66</b>	<b>7,91</b>	<b>7,32</b>	<b>7,67</b>	<b>7,44</b>	<b>6,90</b>	<b>6,94</b>	<b>5,77</b>	<b>6,77</b>	<b>7,22</b>	<b>6,83</b>	<b>6,70</b>	<b>6,03</b>	<b>6,41</b>	<b>5,59</b>
<b>Estado SP</b>	<b>7,45</b>	<b>7,19</b>	<b>7,33</b>	<b>7,28</b>	<b>6,90</b>	<b>6,65</b>	<b>6,58</b>	<b>6,57</b>	<b>6,21</b>	<b>6,28</b>	<b>6,58</b>	<b>6,15</b>	<b>6,07</b>	<b>6,01</b>	<b>5,97</b>	<b>5,83</b>

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 13.** Percentual de internação por condições sensíveis a atenção básica por município, RRAS 5 e estado de São Paulo - 2001 a 2015

		% internações por CSAB por Ano														
Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Barueri	12,57	14,94	16,36	16,53	15,36	16,65	15,83	15,77	16,51	16,50	14,98	13,20	13,90	14,42	12,84	
Carapicuíba	15,54	15,20	15,85	16,34	15,44	17,06	18,52	16,12	17,08	16,68	15,11	13,87	13,24	13,61	12,62	
RRAS 5 Itapevi	19,48	15,35	17,03	17,48	15,63	14,52	12,09	10,52	10,10	11,63	9,91	10,35	10,77	9,33	9,77	
Jandira	50,15	35,45	33,14	35,24	33,25	39,08	44,76	34,41	19,08	16,98	13,72	15,63	13,12	13,37	11,74	
Osasco	17,09	21,74	21,72	19,33	17,63	16,49	16,13	15,09	16,36	15,50	14,83	13,79	14,54	15,10	16,62	
Pirapora do Bom Jesus	14,06	16,36	13,14	15,02	14,50	13,16	13,15	9,72	11,11	11,26	12,99	12,29	12,16	12,51	9,69	
Santana de Parnaíba	12,13	13,71	12,17	13,73	12,95	11,34	9,32	7,86	7,82	13,32	15,81	14,57	12,15	11,90	11,26	
<b>RRAS 5</b>	<b>19,96</b>	<b>19,43</b>	<b>19,86</b>	<b>19,28</b>	<b>17,97</b>	<b>18,76</b>	<b>19,29</b>	<b>16,53</b>	<b>15,61</b>	<b>15,49</b>	<b>14,31</b>	<b>13,37</b>	<b>13,41</b>	<b>13,59</b>	<b>13,42</b>	
<b>Estado SP</b>	<b>20,04</b>	<b>20,09</b>	<b>20,56</b>	<b>20,27</b>	<b>19,43</b>	<b>19,01</b>	<b>18,39</b>	<b>16,82</b>	<b>16,87</b>	<b>16,82</b>	<b>16,58</b>	<b>16,37</b>	<b>15,93</b>	<b>15,72</b>	<b>15,66</b>	

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 14.** Percentual de cobertura de saúde suplementar segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2001 a 2016

		Cobertura Saúde Suplementar por e Ano															
	Município	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RRAS 5	Barueri	66,50	70,06	61,95	58,94	59,94	55,69	53,98	53,06	51,57	59,00	60,51	59,92	61,17	65,82	67,59	65,52
	Carapicuíba	15,72	16,06	18,58	20,85	22,40	25,69	28,81	33,48	34,05	37,75	38,74	39,52	40,94	41,42	39,11	37,23
	Itapevi	13,83	11,79	12,28	13,05	14,55	16,62	18,82	24,08	24,32	27,74	29,34	29,39	29,59	29,62	28,42	27,60
	Jandira	17,24	17,29	19,09	20,86	22,91	24,22	25,61	29,32	30,05	34,14	35,87	35,42	36,71	37,41	35,43	33,34
	Osasco	43,43	37,71	37,24	37,39	37,59	39,73	41,83	45,75	45,64	49,80	49,99	50,24	51,53	51,74	49,75	47,57
	Pirapora do Bom Jesus	4,33	4,58	5,14	12,43	13,82	14,53	15,85	15,69	26,46	32,85	27,35	23,56	20,63	18,21	17,05	16,74
	Santana de Parnaíba	34,77	28,67	31,57	31,67	35,67	37,27	38,43	39,18	39,95	46,44	44,41	44,84	45,63	46,65	45,24	43,33
	<b>RRAS 5</b>	<b>34,98</b>	<b>32,67</b>	<b>32,24</b>	<b>32,64</b>	<b>33,76</b>	<b>35,12</b>	<b>36,78</b>	<b>40,09</b>	<b>40,16</b>	<b>44,54</b>	<b>45,14</b>	<b>45,27</b>	<b>46,33</b>	<b>47,23</b>	<b>45,82</b>	<b>43,91</b>
<b>Estado SP</b>	<b>37,63</b>	<b>36,39</b>	<b>35,45</b>	<b>35,88</b>	<b>36,58</b>	<b>37,77</b>	<b>38,85</b>	<b>40,91</b>	<b>40,53</b>	<b>42,12</b>	<b>42,29</b>	<b>42,90</b>	<b>43,82</b>	<b>43,99</b>	<b>42,62</b>	<b>41,19</b>	

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)

**Tabela 15.** Média de consultas básicas por habitantes/normal segundo Município, RRAS 5 Rota dos Bandeirantes e Estado de São Paulo - 2000 a 2014

		Média Consultas hab/NORMAL por Ano														
	Município	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
RRAS 5	Barueri	2,3	2,0	1,9	1,8	1,7	1,7	1,6	1,6	1,8	1,6	2,0	2,0	1,9	1,7	1,6
	Carapicuíba	0,2	0,5	0,7	0,8	0,7	0,9	0,6	0,6	0,8	0,5	0,6	0,7	0,6	0,7	0,5
	Itapevi	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	0,8	0,8	2,6	3,9	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0
	Jandira	2,1	2,7	2,1	2,3	2,7	2,7	1,7	0,9	1,1	0,8	0,9	0,8	0,8	0,7	1,2
	Osasco	1,1	1,1	1,0	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,7	0,8	0,9	0,7	0,7	0,8
	Pirapora do Bom Jesus	1,0	1,5	1,1	1,2	1,4	1,2	1,3	1,0	1,1	1,1	0,9	0,9	0,7	0,7	0,8
	Santana de Parnaíba	1,3	1,1	1,1	1,4	1,8	1,3	1,1	1,1	1,3	1,2	1,2	1,3	1,4	1,2	1,1
	<b>RRAS 5</b>	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>1,2</b>	<b>1,2</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>	<b>0,9</b>
<b>Estado SP</b>	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,2</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	

Fonte: Elaborado pela autora baseado em dados obtidos do portal da SES-SP (acesso em outubro de 2016)





## Sonia Ioyama Venancio

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5325524254994256>  
Última atualização do currículo em 20/12/2017

Possui graduação em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos (1989), mestrado em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1996) e doutorado em Nutrição em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2002). Ingressou na carreira de Pesquisador Científico em 1994, no Instituto de Saúde da SES-SP. Atualmente é PqC VI, líder do Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas de Saúde e Assistente Técnico de Direção. Coordenou vários projetos de pesquisa, com financiamento do CNPq, FAPESP, OPAS, JICA (Agência de Cooperação Internacional do Japão) e Ministério da Saúde. Coordenou o Programa de Aprimoramento Profissional do Instituto por um período de quatro anos. É docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Nutrição em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP e docente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Foi membro de cerca de 30 bancas de qualificação e conclusão de mestrado/doutorado. É revisora dos periódicos: Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ), Revista Brasileira de Epidemiologia, - Jornal de Pediatria, Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Revista de Saúde Pública e Epidemiologia e Serviços de Saúde. Desde 2007, é membro do Comitê Nacional de Aleitamento Materno, assessor da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Aleitamento Materno, atuando principalmente nos seguintes temas: aleitamento materno, nutrição, políticas de saúde, indicadores de saúde e epidemiologia e atenção básica. **(Texto informado pelo autor)**



## Identificação

<b>Nome</b>	Sonia Ioyama Venancio
<b>Nome em citações bibliográficas</b>	VENANCIO, S. I.; Venancio, Sonia Ioyama; VENANCIO, SONIA I.; VENÂNCIO, SÔNIA ISOYAMA; VENÂNCIO, SONIA ISOYAMA; VENÂNCIO, SÔNIA I.

## Endereço

<b>Endereço Profissional</b>	Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Rua Santo Antônio, 590, 5º andar Bela Vista 01314000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 31168503 URL da Homepage: <a href="http://www.isaude.sp.gov.br">http://www.isaude.sp.gov.br</a>
------------------------------	---

## Formação acadêmica/titulação

<b>1998 - 2002</b>	Doutorado em Nutrição Em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSPUSP, Brasil. Título: Determinantes Individuais e Contextuais do aleitamento Materno Exclusivo nos Primeiros Seis Meses de Vida em Cento e Onze Municípios do Estado de São Paulo, Ano de obtenção: 2002. Orientador:  Carlos Augusto Monteiro. Palavras-chave: aleitamento materno; Alimentação infantil; Avaliação em Saúde. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Nutrição. Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.
<b>1993 - 1996</b>	Mestrado em Nutrição Em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSPUSP, Brasil. Título: A situação da amamentação exclusiva no Estado de São Paulo, Ano de Obtenção: 1996. Orientador:  Carlos Augusto Monteiro. Palavras-chave: aleitamento materno; Epidemiologia; Estado de São Paulo. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Aleitamento Materno.



## Alba Fumiko Simakawa

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8040169127241698>  
Última atualização do currículo em 03/02/2017

Possui graduação em Estatística pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1987). Possui especialização em Vigilância da Tuberculose; em Saúde Pública e em Prevenção ao HIV / Aids no Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. Atualmente encontra-se matriculada no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde de São Paulo. É concursada / estatutária no município de Itapevi no cargo de Técnico de Vigilância Epidemiológica desde 2006. Foi diretora do Departamento de Auditoria e Controle, Secretária Adjunta e Diretora Interina da Vigilância em Saúde. No momento atua como responsável pela UAC - unidade de avaliação e controle na Secretaria de Saúde em Itapevi. **(Texto informado pelo autor)**

## Identificação

<b>Nome</b>	Alba Fumiko Simakawa 
<b>Nome em citações bibliográficas</b>	SIMAKAWA, A. F.

## Endereço

## Formação acadêmica/titulação

<b>2016</b>	Mestrado em andamento em Mestrado Profissional. Instituto de Saúde, I Saúde, Brasil. Título: Implantação da Estratégia de Avaliação do Acesso e Qualidade da Atenção Básica no Município de Itapevi - SP: Um Estudo Piloto, Orientador:  Sônia Isoyama Venâncio.
<b>2010 - 2012</b>	Especialização em Prevenção ao HIV/AIDS no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. (Carga Horária: 530h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Importância das Ações Contra a Tuberculose na Prevenção da Infecção pelo HIV.
<b>2008 - 2010</b>	Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 500h). Universidade Cruzeiro do Sul, UNICSUL, Brasil. Título: Perfil da Tuberculose no Município de Itapevi. Orientador: Prof. Dr. Juarez de Queiroz Campos.
<b>2007 - 2007</b>	Especialização em Vigilância e Controle da Tuberculose. (Carga Horária: 400h). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: Diagnóstico Situacional da Tuberculose no Município de Itapevi.
<b>1984 - 1987</b>	Graduação em Estatística. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil. Título: Teste de hipótese multivariada. Orientador: Vilma Mayumi Tachibana.

## Formação Complementar

<b>2013 - 2013</b>	Gestão e Elaboração de Projetos. (Carga horária: 60h). VERO Formação de Gestores, VERO, Brasil.
<b>2012 - 2012</b>	I Curso básico intensivo de auditoria em Saúde no SUS. (Carga horária: 40h). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SES - SP, Brasil.
<b>2009 - 2009</b>	Planejamento em DST/AIDS. (Carga horária: 45h). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SES - SP, Brasil.
<b>2006 - 2006</b>	Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. (Carga horária: 32h). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SES - SP, Brasil.
<b>2006 - 2006</b>	Curso de Hansenologia. (Carga horária: 36h). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SES - SP, Brasil.
<b>2006 - 2006</b>	Vigilância Epidemiológica - Sífilis em gestantes, Sífilis Congênita, Infecç. (Carga horária: 32h). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SES - SP, Brasil.
<b>2006 - 2006</b>	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SES - SP, Brasil.