

**LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PLANEJAMENTO, PRGRAMAÇÃO E
PÓLÍTICAS EM SAÚDE**

**MARIA DO SOCORRO DE SOUSA MOREIRA
MARIA RISALBA MENDES SILVA FONSECA**

**EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
DOM PEDRO – MA**

São Luís
2008

**MARIA DO SOCORRO DE SOUSA MOREIRA
MARIA RISALBA MENDES SILVA FONSECA**

**EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
DOM PEDRO – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Planejamento, Programação e Políticas em Saúde da LABORO- Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção de título de Especialista em Planejamento, Programação e Políticas em Saúde.

Orientadora: Prof^a.Doutora Mônica Elinor
Alves Gama

São Luís
2008

**MARIA DO SOCORRO DE SOUSA MOREIRA
MARIA RISALBA MENDES SILVA FONSECA**

**EVOLUÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
DOM PEDRO – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Planejamento, Programação e Políticas em Saúde da LABORO- Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá para obtenção de título de Especialista em Planejamento, Programação e Políticas em Saúde.

Orientadora: Prof^a.Doutora Mônica Elinor
Alves Gama

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo - USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo/USP

RESUMO

Foi realizado um estudo descrito, retrospectivo, no município de Dom Pedro – MA, coletando-se dados sobre a evolução dos indicadores de Saúde nos anos de 2005 e 2006. A proposta desse trabalho centraliza-se na busca de conhecimentos e aplicabilidades e estratégias que viabilizem a demonstração fiel dos indicadores de Saúde do município de Dom Pedro – MA. Demonstrando as mudanças e contribuições que analisa às metas pactuadas pelos indicadores da atenção básica para realizar ações que são realizadas pela secretaria de saúde. O presente estudo foi desenvolvido a partir dos indicadores de saúde nos anos de 2005 e 2006. A fonte de dados dói o pacto de indicadores da Atenção Básica 2005 e 2006, foram consideradas algumas variáveis. Baseado nos aspectos anteriormente comentados foi realizado uma análise dos indicadores da atenção básica no município de Dom Pedro – MA, que explica o impacto positivo na qualidade de saúde da comunidade, apesar de muitos resultados alcançados durante o período analisado.

Palavras - chave: Atenção básica. Pacto de indicadores.

ABSTRACT

A study was carried out, retrospective, in the municipality of Don Pedro - MA, is collecting data on the development of indicators of health in the years 2005 and 2006. The proposal of this work centered on the quest for knowledge and applicabilidades and strategies that enable the demonstration of faithful indicators of health of the municipality of Don Pedro - MA. Demonstrating the changes and contributions that analyzes the targets agreed by indicators of basic care to perform actions that are undertaken by the secretary of health. This study was developed from indicators of health in the years 2005 and 2006. The source of data hurts the pact of indicators of the Primary Care 2005 and 2006, were considered some variables. Based on the points previously commented, was conducted an analysis of indicators of basic care in the city of Pedro - MA, which explains the positive impact on the quality of community health, despite many achievements during the period analyzed.

Key-Words: Primary. Pact of indicators.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Evolução dos indicadores saúde da criança.....	16
Quadro 2 - Evolução dos indicadores da saúde da mulher.....	18
Quadro 3 - Evolução dos indicadores de Tuberculose e Hanseníase.....	20
Quadro 4 - Evolução dos indicadores de Hipertensão e Diabetes.....	22
Quadro 5 - Evolução dos Indicadores de Saúde Bucal.....	23
Quadro 6 - Evolução dos Indicadores Gerais.....	24

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	OBJETIVOS.....	11
2.1	Geral.....	11
2.2	Específicos.....	11
3	METODOLOGIA.....	12
4	RELATO DO CASO.....	14
5	CONCLUSÃO.....	25
	REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

A proposta desse trabalho centraliza-se na busca de conhecimentos e aplicabilidades de estratégias que viabilizem a demonstração fiel da evolução dos indicadores de saúde do município Dom Pedro Maranhão, através de um estudo amplo sobre o sistema de pactuação e evolução do sistema de saúde, no intuito de obter conhecimento que facilite o desenvolvimento do mesmo (BRASIL, 2007).

De acordo com a portaria GM 3.925, o pacto é a base para a negociação das metas com vistas a melhoria do desempenho dos serviços da atenção básica e situação da saúde da população a serem alcançadas por município e estado.

O pacto de indicadores de saúde pretende ser um instrumento formal de negociação entre gestores das três esferas do Governo Municipal, Estadual e Federal, tomando como objeto de negociação metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. Ao fim de cada ano, municípios e estados têm seu desempenho avaliados pelo nível Federal em função do cumprimento das metas pactuadas (ALCINO, 2007).

É condição imprescindível para a resolutividade do sistema de saúde, que se resguarde o direito de cidadania do acesso aos serviços de saúde, dentro da lógica que prime pelas diretrizes da Universalidade, Eqüidade e Integralidade. Mediante as ações necessárias e passíveis de serem realizadas no sentido de efetivar a promoção da saúde, nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, com uma maior participação no controle deste processo. Nessa perspectiva, a saúde tem um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais (BRASIL, 2001).

O processo de evolução das medidas de saúde necessita, além de uma política pública que ajude no enfrentamento de vários problemas surgidos na realização das metas propostas, também de uma base de informações confiáveis que sustentem e direcionem a tomada de decisão, a identificação dos determinantes do processo saúde/doença, das desigualdades de acesso à saúde e do impacto de ações e programas para reduzir a carga de doenças na população. A informação em saúde é essencial, especialmente com a introdução dos processos de pactuação de indicadores de saúde, pacto pela saúde, pacto de gestão, etc. Estratégias que fortalecem a informação e a análise da situação da saúde. Apesar das dificuldades

na produção dos dados ainda existentes, como falta de estrutura (recursos materiais e humanos, por exemplo), que muitas vezes tornam precária a informação, muito se tem alcançado com uma melhora relevante na cobertura e qualidade das informações em saúde, contribuindo dessa forma para uma importante melhora nos indicadores do município e uma grande perspectiva de pactuação (BRASIL, 2007).

A participação social é um dos princípios estruturais do SUS e, ao longo desses anos de mudanças na implantação do sistema, a democracia participativa ganhou densidade e contorno, o que resultou na acumulação de vasta experiência em gestão participativa da saúde. O norte desse processo de pactuação de indicadores deve ser orientar os gestores na resolução dos problemas de saúde da população, através de ações conjunta das três esferas governamentais Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2001).

Não resta dúvida que a análise feita dos resultados alcançados com as metas propostas tem colaborado de forma excepcional com o avanço das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e da população, mas vale a pena lembrar que toda política de interesse público envolve constante desafio e exige permanente ação para a sua consolidação (BRASIL, 2003).

É necessário, ter a consciência de que uma coisa é ter as diretrizes, orientações e normas formuladas pela a política, outra coisa é ver essas diretrizes e normas implantadas e cumpridas de fato. Por tanto é importante ter responsabilidade na hora de pactuar e, principalmente na hora de analisar os resultados alcançados na melhoria dos indicadores de saúde, para que não se criem uma falsa ilusão e como isso, prejudicar uma população naquilo que lhe é mais sagrado, que a saúde. Vale ainda lembrar que numa sociedade democrática, os interesses de diferentes grupos devem ser debatidos publicamente, a fim de que prevaleçam os interesses comuns a todos (ALCINO, 2007).

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, onde em consonância com o processo de planejamento são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critério e parâmetros pactuados, os limites

financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde enquanto um projeto de reorganização das políticas de saúde em todas as suas dimensões necessita da definição de estratégias e instrumentos para avaliação e monitoramento, sintonizados com as perspectivas de mudança do modelo de atenção que transcenda os mecanismos de controle e de aferição do atendimento à demanda espontânea (centrada no cuidado individual) ou à revisão de faturas, entre outros (BRASIL, 2006).

No atual estágio de construção do SUS é importante que os gestores assumam, de fato, as funções inerentes à gestão da saúde, como previstos no Pacto, as funções gerais de gestão do SUS, do processo de regionalização, planejamento e programação, regulação, controle, avaliação e auditoria, na gestão do trabalho, educação na saúde e na participação e controle social (BRASIL, 2002).

O enfrentamento de problemas e desafios exige decisão do gestor local, de aceitar e incorporar o processo avaliativo e de monitoramento na prática rotineira e cotidiana, inclusive de possíveis resultados negativos (BRASIL, 2001).

A avaliação de desempenho do SUS é um processo sistemático que visa à apreensão de desempenho das ações e dos serviços de saúde em termos de qualidade, eficiência e equidade. Permite a comparação do desempenho dos sistemas e serviços de saúde e deve tomar como referência os princípios e diretrizes do SUS, as responsabilidades e os papéis atribuídos aos entes governamentais e os princípios de gestão democrática e participativa (BRASIL, 2001).

O monitoramento em saúde pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou área específica. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e de execução das políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar tomada de decisão, a identificação, encaminhamento de soluções e resolução dos problemas, bem como a correção de rumos (BRASIL, 2001).

O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui um poderoso instrumento para a democratização de informações sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde (BRASIL, 2001).

Mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo a responsabilização

dos estados e municípios, no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde. A programação deve procurar integrar as várias áreas de atenção à saúde, em coerência com o processo global de planejamento, considerando as definições anteriores expressas nos planos de saúde e as possibilidades técnicas dos diversos estados e municípios (ALCINO, 2007).

Essa integração deve se dar no que diz respeito à análise da situação de saúde e estimativa de necessidades da população e definição das prioridades da política de saúde em cada esfera, como orientadores dos diversos eixos programáticos (BRASIL, 2001).

Envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre gestores, com o objetivo de estabelecer, de forma transparente, os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados a cada município, explicitando as parcelas destinadas à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios (BRASIL, 2001).

Diante da grande necessidade de se efetivar a gestão por resultados é de suma importância conhecer a realidade da saúde das populações, o que é possível resgatando-se a evolução dos indicadores de saúde ao longo do tempo.

Como uma das componentes da equipe é gestora do município de Dom Pedro – MA, nesse momento em função da gestão acompanhar as metas estabelecidas e fazê-las serem cumpridas optou-se pelo presente estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Relatar a evolução dos indicadores de Saúde a partir do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, do município de Dom Pedro – MA.

2.2 Específicos

- Conhecer a série histórica dos indicadores de Saúde de 2005 e 2006.
- Observar a evolução dos indicadores à luz das metas definidas a cada ano.
- Identificar as estratégias estabelecidas para alcance das metas anuais.

3 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descrito, retrospectivo, no município de Dom Pedro – MA, coletando-se dados sobre indicadores de saúde nos anos 2005 e 2006.

O município de Dom Pedro com 23.604 habitantes, foi criado em 09 de dezembro de 1952, através da Lei 815/52, desmembrando-se do município de Codó – MA. Enquanto povoado, denominava-se Mata do Nascimento. Denominação esta, atribuída em homenagem ao primeiro morador do lugar que se chamava Manoel do Nascimento.

Em 1931, o povoado Mata do Nascimento passou a ser chamado de Vila Dom Pedro II, mas, em função de uma cidade do Piauí possui o mesmo nome e a proibição de duas cidades terem a mesma denominação, a Vila passou a ter nome de Dom Pedro. Localizado na região do Centro maranhense, possui uma área de 759,9 km² fazendo parte da Amazônia Legal, limita-se ao norte com os municípios de Santo Antônio dos Lopes e Codó, ao sul com Gonçalves Dias e Governador Archer, ao leste com São José dos Basílios e a oeste com Presidente Dutra.

Cidade rica em terras férteis, novos moradores foram chegando, com destaque para o Sr. Manoel Bernardino que junto com Manoel Nascimento, tornaram-se grandes personagens da luta de reivindicações para a Vila. Sendo que a primeira delas foi a criação de uma escola para as crianças da comunidade. Não sendo atendida a reivindicação resultou em grande revolta causando a morte de um grande número de lavadores. Somente em 1938 a primeira escola foi criada, sendo administrada pela professora Guilhermina Chaves.

A partir daí a Vila foi estruturada com a criação de serviços importantes como: Cartório de registro civil, serviços de telégrafo e associação rural. E em 1955 foi eleito o primeiro prefeito pelo voto do povo o Sr. Ananias de Moraes Costa, foi criado, também a primeira câmara municipal composta por nove vereadores.

O presente estudo foi desenvolvido a partir dos indicadores de saúde abaixo listados nos anos de 2005 e 2006. A fonte de dados será o Pacto de Indicadores da Atenção Básica 2005 e 2006, serão consideradas as seguintes variáveis: em relação à Saúde da Criança (taxa de mortalidade infantil, nascidos vivos com baixo peso, taxa de internação por IRA < 5anos, homogeneidade cobertura vacinal por tetravalente em < 1 ano, nº absoluto de óbitos em < 1 ano,

proporção de óbitos < 1 ano – causas mal definidas), Saúde da Mulher (taxa de mortalidade materna, razão exames citopatológicos cérvicovaginal/Pop Fem de 25-29 anos, taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo de útero, proporção de nascidos vivos de mães com 4 consultas de pré-natal, proporção de nascidos vivos de mães com 7 consultas de pré-natal), Controle de Tuberculose e Eliminação de Hanseníase (taxa de abandono do tratamento de tuberculose, taxa de prevalência de tuberculose pulmonar positiva, taxa de prevalência de hanseníase, taxa de mortalidade por tuberculose, taxa de abandono do tratamento de hanseníase, taxa de detecção de casos de hanseníase, taxa de cura de casos novos de hanseníase), Controle de Hipertensão e Diabetes (taxa de internação por AVC, taxa de mortalidade por doenças cerebro-vascular, taxa de internação por diabetes, taxa de internação por cetoacidose e com a diabético), Saúde Bucal (cobertura da primeira consulta odontológica, procedimentos odontológicos coletivos e população < 14 anos, taxa de exodontias / ações odontológicas básicas individuais), Indicadores Gerais (taxa da população coberta pelo PSF, Média anual de consultas médicas básicas por habitantes, média mensal de visitas domiciliares por família).

4 RELATO DO CASO

A seguir, serão apresentados os resultados das pactuações de 2005 e 2006 podemos constatar os seguintes resultados. Quanto à mortalidade infantil, não foram alcançadas as metas propostas em 2005 e 2006, pois tivemos mais óbitos do que o esperado. Observamos que o não alcance das metas pode ter sido ocasionado pela falta de profissionais capacitados para desenvolverem as ações referentes à saúde da criança. Com a oferta de capacitação para esses profissionais no atendimento de crianças, observamos uma melhora nos indicadores de 2006.

Quanto aos nascidos vivos com baixo peso, observou-se que o mesmo problema ocorrido no período de 2005, ou seja, o não alcance das metas e, que já em 2006 atingimos em 100% em virtude da proporção de qualificação dos profissionais nas ações que envolvem gestantes. E, quanto ao alto número de internação por Infecções Respiratórias Agudas, em menores de 05 anos que pode ter corrido foi o mesmo já visto nos mesmos indicadores, o não alcance das metas em 2005 e uma relevante melhora em 2006.

Em relação à cobertura vacinal por tetravalente, em menores de 01 ano, podemos observar a cobertura da meta em sua totalidade, graças à existência do Programa de Imunização, implantado e funcionando desde 2001. No que se refere ao número de óbitos em crianças maiores de 01 ano, após estudos feitos sobre esses percentuais apresentados no quadro de metas, entendemos que pode ter ocorrido uma falha, no Hospital Municipal, na notificação destes óbitos.

No quadro 1, analisa os indicadores saúde da criança. A TMI é um dos melhores indicadores de saúde utilizados pela Saúde Pública para avaliar as condições de vida ou nível sócio-econômico de uma população, por isso, conhecer o perfil da mortalidade infantil, é fundamental para a formulação de estratégias que permitam o seu controle (NOVAES, 2004).

A diarreia ainda se apresenta como uma das principais causas de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, pois envolve de forma direta ou indireta, vários fatores de ordem ambiental, nutricional socioeconômico-cultural. Apesar da visível redução da taxa de mortalidade por diarreia, está contínua sendo um grave problema de saúde pública nos países onde existem desigualdades na distribuição da riqueza, entre os quais se conclui o Brasil (GUIMARÃES, 2001).

O controle das doenças Diarréias (CDD) foi incluído pela OPISA e UNICEF, dentro de estratégia de Atenção á doença para atenção global da condição de Saúde da criança, no intuito de identificar os principais problemas que a afetam (BENGUIGUI, 1997).

O baixo peso ao nascer é considerado uma das principais causas, isoladamente, da mortalidade infantil; este fator também pode levar à ocorrência de doenças neurológicas como paralisia cerebral, retardo mental e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (NASCIMENTO, 2003).

Esse indicador reflete a qualidade da atenção voltada à gestante, do seu Estado nutricional, antes e durante a gestação, portanto, o peso do recém nascido está intimamente ligado ao estado nutricionais maternos, este também influencia na Saúde da criança, no seu crescimento e desenvolvimento posteriores, daí sua importância (FRANCESCHINI et al., 2003).

Há vários fatores que podem levar ao baixo peso do recém-nascido, tais como: período de gestação mais curto, retardo no crescimento intra-uterino, tabagismo, baixo nível educacional materno, idade materna, hipertensão arterial e infecções do trato-gênito-urinário na gestação, paridade, não acompanhamento ao pré-natal e ocorrência de outros filhos com baixo peso ao nascer (NASCIMENTO, 2003).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado em 1973 no intuito de erradicar e/ou controlar doenças infecto-contagiosas e imunopreveníveis, como: poliomielite, sarampo, difteria, tétano, coqueluche, tuberculose e outros que acometem da população. Este programa é citado atualmente como referência mundial pela OPAS e OMS (BRASIL, 2003).

Desde sua implantação foram constatados melhoras importantes como a diminuição de mortalidade infantil em menores de 5 anos; isto deve-se à ampliação da cobertura vacinal, implementação do programa da assistência integral à saúde de nível básico (TEMPORÃO, 2003).

A melhora nas coberturas vacinais da população menor de cinco anos, com as vacinas contra poliomielite, a tríplice bacteriana, a BCG e contra o Sarampo é otimista isto, principalmente a partir de estratégias específicas, como a realização da multivacinação nos dias de campanhas nacionais. As ações voltadas aos menores de cinco anos, são implementadas na rotina nos dias regionais e nacionais de multivacinação e por intermédio de ações específicas de intensificação, cobrindo

a totalidade dos nascidos em cada ano e completando o esquema daqueles que, por diferentes motivos, não foram vacinados no primeiro ano de vida (BRASIL, 2001).

Quadro 1 - Indicadores de Saúde da Criança

INDICADORES	2005			2006		
	Alcançada	Meta	Alcance de Meta (%)	Alcançada	Meta	Alcance de Meta (%)
Taxa de Mortalidade Infantil	13	06	46,15	05	04	80
Taxa dos nascidos vivos com baixo peso	3,99	02	199,5	03	03	100
Taxa de internação por IRA < 5 anos	10	16	62,5	05	10	200
Homogeneidade cobertura vacinal por Tetravalente em < 1 ano	135,5	100	135	210	95	221
Nº absoluto de óbito em < 1ano	0	0	100	01	0	0,12

A seguir serão apresentados os resultados dos serviços de Pré-Natal, pode-se observar mais referente a 2005 e 2006, onde fica claro que não foi cumprida as metas pactuadas. Vale a pena informar que não contávamos com uma equipe de profissionais capacitados para desenvolver as ações referentes à gestante na sua integralidade, e que contávamos sim, com um serviço de hospital para onde a gestante era encaminhada para realizar seus partos, tendo um bom atendimento, é tanto que não tivemos nenhuma mortalidade materna.

Quanto ao não alcance das metas de exames citopatológico, após análise, podemos atribuir essa falha não ao atendimento e à coleta de material, mas ao laboratório que realizava esses exames, por ficar muito distante da cidade e por atender vários municípios ao mesmo tempo, ocasionando uma demora relevante de entrega de resultados, chegando até mesmo a perda do material colhido. Vale

ressaltar que este problema não existe mais e que nos anos seguintes conseguimos elevar o número de exames de forma satisfatória.

No quadro 2, analisa a distribuição das principais causas de óbitos de mulheres de 10 a 49 anos no Brasil, ocorridos no primeiro semestre de 2002, tem as neoplasias como a principal causa de óbito com 24,4%. Nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, os valores são próximos aos do Brasil como um todo, mas nas regiões Sul e Centro-Oeste a importância dessa causa de morte é ainda maior, com proporções em torno de 28% (BRASIL 2006).

Em seguida por ordem de importância, encontramos as doenças do aparelho circulatório, contribuindo com 19,6% dos óbitos deste seguimento populacional havendo, contudo, diferenças consideráveis entre as regiões. Em terceiro lugar, surgem as causas externas (acidentes físicos, homicídios e suicídios) com 15,5% numericamente diferentes em cada região.

Contudo, existe uma causa de óbitos dessas mulheres que supera a todas as anteriormente citadas: trata-se das que se denominam “causas maternas”, as quais têm contribuído com 51,6%; contra 48,4% decorrentes de outras causas (BRASIL, 2006).

É importante salientar a situação observada nos países em desenvolvimento, os quais apresentam um índice alarmante de mortalidade materna. Basta observar que, em seus estudos, a Oms estimou que, em 1990, 580.000 mulheres em todo mundo, morrem vítimas de complicação ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos (BRASIL, 2002).

Mas para se fazer essas análises e esses registros esbarra-se sempre nas dificuldades oriundas da sub-informação e da sub-notificação, o que levou os comitês a criarem uma estratégia para desenvolver esse trabalho, ou seja, dividir os dados de informação em três grupos: os das declaradas como mortes maternas, os das presumíveis e os das não presumíveis, chegando-se à conclusão de que a utilização da lista de causas presumíveis do manual dos comitês de mortalidade Materna do MS é insuficiente para um conhecimento completo de todos os casos de mortes maternas (BONCIANE, 2006).

As mortes estão subdivididas em dois grupos: as mortes obstétricas diretas que são resultantes de complicações na gravidez, parto e puerpério; e mortes obstétricas indiretas, resultante a gravidez (BRASIL, 2006).

As causas das mortes maternas freqüentes são: transtornos hipertensivos com destaque para os específicos da gravidez (pré-eclâmpsia); abortamento; transtornos hemorrágicos, notadamente os decorrentes de deslocamento prematuro da placenta, de placenta prévia, e outras complicações de parto e puerpério (como infecções e embolias); cardiopatias complicando a gravidez ou o parto; doenças infecciosas; e outras (BRASIL, 2006).

Com um olhar dirigido para a vida feminina, no intuito de reduzir a morbimortalidade das mulheres, o MS do Brasil antecipou-se, criando em 1984 o programa da Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), para desenvolver ações educativas, preventivas, de diagnósticos, tratamento e recuperação, englobando a assistências à mulher em clinica ginecológica, no pré natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e da mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2006).

Quadro 2 - Indicadores Saúde da Mulher

INDICADORES	2005			2006		
	Alcançada	Meta	Alcance de meta (%)	Alcançada	Meta	Alcance de Meta (%)
Taxa Mortalidade materna	0	0	100	0	0	100
Taxa Razão exames Citopatológico cervagin/pop Fem de 25-59 anos	0,05	0,075	68	0,08	0,075	106,7
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 consultas de pré – natal	126	380	33,15	250	401	62,3

A seguir serão apresentadas as pactuações de Tuberculose e Hanseníase em 2005 e 2006, observou-se que, em se tratando de abandono de tratamento nos dois casos, o alcance das metas foi excelente, isso se deve ao bom trabalho realizado por uma equipe capacitada e empenhada no desenvolvimento das ações. Um bom resultado, também pode ser visto em relação à cura, ao abandono da Hanseníase e da mortalidade por Tuberculose. Ficando um pouco a desejar a

questão da detecção de novos casos de Hanseníase de 2005, problema já quase solucionado com uma busca ativa realizada pelos profissionais da Saúde da Família.

No quadro 3, mostra os resultados da análise dos indicadores de saúde, de acordo com MS, o Brasil (2000), foi lançado em 1999 o plano Nacional de controle da Tuberculose (PNCT) definindo a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde estabelecendo metas e diretrizes de ações para reduzir a mortalidade e a transmissão da doença no período 2005/2006. Diante da atual situação, o PNCT vem desenvolvendo ações qualificação dos serviços de saúde, capacitação de recursos humanos para atividades de vigilância, avaliação e controle da tuberculose, além da implantação de estratégias que visem à adesão ao tratamento e cura dos acometidos nos municípios brasileiros.

A SES/MA (2006), diz que o Brasil tem 315 municípios prioritários entre os 5.560 do país, para o combate à tuberculose, entre esses 22 pertencentes ao Estado do Maranhão, estando sua capital incluída nesse quadro. Apesar de ações e campanhas realizando contra a tuberculose e também com resultado de caráter positivo, pois reflete o progresso de organização da Atenção Básica a partir da ampliação do PSF.

No que se fere aos fatores contribuintes ao agravamento e manutenção do problema, a SES/MA enumera os principais: baixa renda; o estigma da doença (o que implica a não adesão ao tratamento).

De acordo com Brasil (2005), o Maranhão está entre os nove que têm uma alta carga da doença e, conseqüentemente, precisa da atenção especial. Por isso, o plano nacional de Hanseníase em nível municipal, 2006-2010, tem como missão a eliminação de hanseníase, enquanto problema de saúde pública.

Segundo a SES/MA (2005^a) conforme critérios estabelecidos pelo MS, no Maranhão foram classificados 31 municípios prioritários que concentram 71,3% do registro ativo, entre os quais. Para cumprimento da meta de eliminação, o estado priorizou a descentralização das ações a todas as unidades de saúde dos municípios prioritários, a realização de campanhas mobilização social e o monitoramento dos dados epidemiológicos.

O Maranhão apresenta um alto coeficiente de prevalência em hanseníase, 5,1/10.000 habitantes, sendo que a região da pré-Amazônica apresenta maior concentração de casos e apenas a região do Sertão maranhense apresenta baixo nível de endemidade (BRASIL, 2005).

De acordo com Brasil (2005), o Maranhão está entre os nove estados que têm uma alta carga da doença e, conseqüentemente, precisa da atenção especial. Por isso, o plano nacional de Hanseníase em nível municipal, 2006 – 2010, têm como missão contribuir com estados e municípios para a eliminação de hanseníase, enquanto problema de saúde pública.

Segundo a SES/MA (2005), conforme critérios estabelecidos pelo MS, no Maranhão foram classificados 31 municípios prioritários que concentram 71,3% do registro ativo, entre os quais. Para cumprimento da meta de eliminação, o Estado priorizou a descentralização das ações a todas as Unidades de Saúde dos municípios prioritários, a realização de campanhas mobilização social e o monitoramento dos dados epidemiológicos.

O Maranhão apresenta um alto coeficiente de prevalência em hanseníase, 5,1/10.000 habitantes, sendo que a região da pré-Amazônia apresenta maior concentração de casos e apenas a região do Sertão maranhense apresenta baixo nível de edemicidade (BRASIL, 2005).

Quadro 3 - Indicadores Tuberculose e Hanseníase

INDICADORES	2005			2006		
	Alcançada	Meta	Alcance de meta (%)	Alcançada	Meta	Alcance de Meta (%)
Taxa de abandono do tratamento de tuberculose	0	0	100	0	0	100
Taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva	0	0	100	0	0	100
Taxa de cura de Hanseníase	90,5	75	120	90,5	75	120
Taxa de mortalidade por tuberculose	0	0	100	0	0	100
Taxa de abandono do tratamento de Hanseníase'	0	0	100	0	0	100
Taxa de detecção de casos de hanseníase	23	30	76,7	28	30	94
Taxa de cura de casos novos de hanseníase	60	50	120	80	85	94

No quadro 4, serão apresentados os indicadores de Hipertensão e Diabetes demonstrado no quadro de metas, referente a 2005 e 2006, pode entender, após análise de dados que o elevado número de internação por AVC e, conseqüentemente o elevado numero de mortalidade pelo mesmo problema, pode ter sido ocasionado pelo numero de Equipe de Saúde da Família incompatível com o numero da população com necessidade de acompanhamento e controle dessas doenças. Vale a pena ressaltar que com a implantação de mais Equipes de Saúde da Família e um trabalho direcionado a essa população, conseguimos reverter esse quadro de forma relevante nos anos seguintes.

Segundo Brasil (2006), a Hipertensão Arterial (HÁ) é um problema de saúde pública no país, e considerada como um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.

Pode ser uma doença na maior parte do seu curso assintomática, dificultando o seu diagnóstico e o início do tratamento prescrito, este é comumente negligenciado por parte dos pacientes, levando ao abandono (BRASIL, 2006).

Em se tratando de uma doença insidiosa, o paciente apresentando alguns fatores de risco tais como: idade avançada, obesidade, história familiar da doença cardiovascular, por mais sutis que sejam os sintomas de cefaléia tontura e outros, deve-se de imediato, aferir à pressão arterial desse indivíduo e uma vez constatada a existência da doença, o paciente deverá ser tratado, orientado e monitorado pelo resto da vida. (BRASIL, 2006).

Segundo Brasil (2006), a Diabetes Mellitus (DM) configura-se, nos dias atuais, como uma epidemia mundial que desafia os sistemas de saúde do mundo inteiro. No Brasil estima-se hoje que 11% da população igual ou superior a 40 anos são portadores de diabetes, o que representa 5 milhões e meio de pessoas.

Outro fator importante a ser considerado é o aspecto econômico como contribuinte para este quadro, uma vez que a DM cresce mais rápido em países pobres e em desenvolvimento, tendo como impacto negativo no desenvolvimento social econômico a morbimortalidade precoce que atinge pessoas em plena vida produtiva, causando grande impacto econômico nos serviços de saúde e na oneração da prevalência social, contribuindo para um ciclo vicioso de pobreza e exclusão social. (BRASIL, 2006).

Quadro 4 - Indicadores Hipertensão e Diabetes

INDICADORES	2005			2006		
	Alcançada	Meta	Alcance de Meta (%)	Alcançada	Meta	Alcance de Meta (%)
Taxa de internação por AVC	12	11	83	11,82	11,3	104,7
Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares	0,6	04	67	03	01	34
Taxa de internação por diabetes	09	04	80	05	03	34

No quadro 5, serão apresentados as ações de indicadores da Saúde Bucal, podemos detectar que nas três ações apresentadas no quadro de metas no que se refere à primeira consulta odontológica, chegamos a atingir um bom percentual, mesmo não contando ainda com Equipes de Saúde Bucal suficiente para o número da população, já em relação aos procedimentos coletivos em menores de 14 anos e as ações de exodontias podemos observar que não fomos bem ao alcance das metas, pode ter ocorrido que além de contarmos ainda com Equipes de Saúde Bucal insuficiente, também não tínhamos oferecidos capacitação necessárias. Vale ressaltar que esses números evoluirão para melhor para bastante relevância, após implantação de mais Equipes e, também a capacitação dos profissionais.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de Saúde Bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas que em termos de promoção, quer de proteção e recuperação para a melhoria na qualidade a Saúde Bucal. (VIACAVA, 2004).

Melhorar as condições de Saúde Bucal da população brasileira; orientar as práticas de atenção à Saúde Bucal, consoante ao preconizado pelo PSF; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo, restauradores de saúde bucal. (BARROS, 2002).

As ESF executarão integralmente, no âmbito da atenção básica, ações de promoção e de prevenção da saúde bucal em sua área adscrita, planejadas e

desenvolvidas de forma interdisciplinar e segundo os critérios de territorialização estipuladas. (MATOS, 2004).

E é igualmente relevante reconhecer que saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está relacionada com as condições de vida (saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte), com acesso à informação e aos serviços de Saúde Bucal. (BARROS, 2002).

Quadro 5 - Indicadores Saúde Bucal

INDICADORES	2005			2006		
	Alcançada	Meta	Alcance de Meta (%)	Alcançada	Meta	Alcance de Meta (%)
Cobertura de primeira consulta odontológica	10,79	3,87	77	11,82	16	73,8
Procedimentos odontológicos coletivos e população < 14 anos	0,43	05	08	2,52	10	25,2
Taxa de exodontias / ações odontológicas básicas individuais	0,45	05	04	3,87	10	38,7

A seguir serão apresentados os dados referentes aos indicadores, em relação às pactuações referentes aos anos de 2005 e 2006, podemos observar nos indicadores gerais resultados diferenciados, representando uma evolução dos indicadores de 2005 para 2006. Podemos atribuir essa evolução desses indicadores a implantação de mais Equipes de Saúde da Família e a capacitação dos profissionais que compõem essas equipes.

No quadro 6, analisa a evolução dos indicadores da saúde da família ESF no município de Dom Pedro, 2005 a 2006.

Segundo Brasil (2002), no ano de 2005 e 2006, municípios do Brasil já havia implantado o PSF, correspondendo a 40,27% dos municípios brasileiros; este processo de implantação e acompanhado de uma ampliação das coberturas populacionais que configuram um processo de expansão do programa nos municípios brasileiros.

Deve-se ressaltar que a relevância do PSF se reflete em possibilitar progressiva ampliação do acesso aos serviços de saúde a paciente portadores de doenças de grande prevalência em nosso meio.

Quadro 6 - Indicadores Gerais

INDICADORES	2005			2006		
	Alcançada	Meta	Alcance de Meta (%)	Alcançada	Meta	Alcance de Meta (%)
Taxada população coberta pelo PSF	94	98	96	100	100	100
Média anual de consultas médicas básicas por habitante	1,12	1,83	61	1,84	02	92
Média mensal de visitas domiciliares por família	0,43	1,5	28	1,3	1,5	86,7

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que o presente trabalho foi de suma importância para nosso estudo. Onde foi analisado e avaliado os pactos de indicadores de saúde nos anos de 2005 e 2006 no município de Dom Pedro Maranhão.

Em relação aos indicadores de saúde da criança nos anos de 2005 e 2006 podemos observar que ficou muito a desejar as metas pactuadas não foram alcançadas. Já em relação à tuberculose e hanseníase, ficou claro que as metas foram alcançadas em alguns itens presentes na pactuação. Quanto aos indicadores de hipertensão e diabetes foram alcançadas todas as metas pactuadas durante o período analisado. Em relação aos indicadores de saúde bucal apenas um item alcançado, já os outros nenhum foram alcançados. Quanto aos indicadores gerais são ressaltados, diferenciados, apresentados na evolução das metas aonde se observa que ficou muito a desejar as ações não cumpridas.

No município de Dom Pedro a saúde precisa melhorar, já que na análise desses dois anos observamos que poucos itens pactuados foram cumpridos.

Pois agora há um empenho da gestão municipal de saúde analisar, observar as ações não alcançadas ao longo do tempo. E fazendo com que haja uma melhora na qualidade da saúde para atender a população do município.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007, 232p, v.8.

BONCIANI, Rosa Dalva F. **Mortalidade Materna**: uma análise da utilização de listas de causas presumíveis. 2006. (Doutor em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2006.

_____. _____. **Fundação Nacional da Saúde. Manual de Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. **O SUS de A a Z**, Garantindo a saúde nos municípios. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.p.56-61.

_____. _____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.26.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 58p. (Caderno de Atenção Básica, n.15).

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília, 2002, 2. Ed, 75p.

_____. _____. Secretaria Executiva. **Regulamentação dos indicadores de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.p.18.

_____. _____. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 2. Ed, ver. Atual, 40p.

_____. _____. Universidade Federal da Bahia. **O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil**. Brasília: Secretaria de Política de Saúde, 2002.

_____. _____. **Dialogando sobre o pacto pela saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007, p. 8-11.

_____. _____. **Gestão municipal de saúde, pacto de indicadores da atenção básica**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, ano 2001, p.20.

_____. _____. **Informativo da atenção básica**. Pacto da atenção básica, processo de organização de indicadores da atenção básica. Brasília. Ministério da Saúde, ano II, n.9, abr. 2001.

_____. _____. **Informativo da atenção básica. Pacto dos Indicadores da atenção**. Brasília: Ministério da Saúde, ano II, n. 1, jan. 2001.

_____._____.**Pacto de indicadores da atenção básica, informe e atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.p.15.

_____._____.Portaria GM 3.925 de 13 de novembro de 1998, **Pacto de Indicadores da Atenção Básica:** Instrumento de Negociação Qualificador do Processo da Gestão do SUS.

_____._____.**Revista Brasileira Saúde da Família:** 50 milhões de brasileiros atendidos. Brasília, n.5, ano II, maio de 2002, edição especial.

_____._____.**Saúde da criança, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002, n.11.

_____._____.Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BONCIANI, Rosa Dalva F. **Mortalidade Materna:** uma análise da utilização de listas de causas presumíveis. 2006. (Doutor em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2006.

_____._____.**Desenvolvimento do sistema único de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 23.

FINKELMAN, J. **Caminhos de Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

NASCIMENTO, Alcino Cerci. **Asma em saúde pública,** São Paulo: Ed. Manoele, 2007, p.12.

TEMPORÃO, José Gomes. **O Programa Nacional de Imunização (PNI):** origens e desenvolvimento. Ver. História, Ciência e Saúde. Rio de Janeiro: 2003, v.10.