UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA NACIONAL DE FORMAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE

SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PANAMBI: AVANÇOS E DESAFIOS PARA A GESTÃO

LARA DINIS DA ROSA MARQUES

Panambi

2015

LARA DINIS DA ROSA MARQUES

SITUAÇÃO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PANAMBI: AVANÇOS E DESAFIOS PARA A GESTÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP), da Escola de Administração/UFRGS – Universidade Aberta do Brasil.

Orientador: Prof. Dr. Celmar Correa de Oliveira
Tutor orientador a distância: Gímerson Erick Ferreira

Panambi
2015

RESUMO

Conhecer a situação de saúde de determinado município é uma importante ferramenta de gestão e de identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde de determinada população. Com a realização deste trabalho, objetivou-se caracterizar a situação de saúde do Município de Panambi/RS e verificar o que a Gestão Municipal de Saúde vem desenvolvendo para enfrentamento dos problemas de saúde da população. Como metodologia, utilizou-se a pesquisa descritiva. Os dados do estudo foram coletados na Secretaria Municipal de Saúde de e utilizou-se como embasamento o Plano Municipal de Saúde (Gestão 2013 – 2016) e os indicadores de saúde disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Ao caracterizar a Situação de Saúde do Município de Panambi pode se perceber que no período de 2008 ate 2012 houve aumento da mortalidade infantil no município e este apresenta alto índice de mortalidade por acidente de trabalho quando comparado a outras causas externas; quanto aos óbitos prematuros por DCNT verifica-se uma tendência de declínio desde o ano de 2011, de 61 óbitos para 47; as taxas de internação hospitalar por causas sensíveis à atenção básica vem diminuindo ao longo dos anos, 421 internações em 2009, 341 em 2010, 267 em 2011 e 244 em 2012; as internações hospitalares mais prevalentes, por grupo de causas e faixa etária, foram doenças do aparelho circulatório - 14,5%, doenças do aparelho respiratório – 14,3% e gravidez, parto e puerpério – 13,6%. Há fragilidade no processo de planejamento por parte da gestão municipal quando este se refere a indicadores de saúde pois o Plano Municipal de Saúde não esta finalizado até o momento. Os gestores locais não visualizam o planejamento em saúde como uma importante ferramenta de gestão.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Planejamento em saúde. Indicador.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estimativa populacional de Panambi 13
Tabela 2 – População por faixa etária e sexo 14
Tabela 3 – Crescimento da população de Panambi e desnível entre os habitantes da zona rural e urbana 14
Tabela 4 – Remuneração da população economicamente ativa, de acordo com sexo e faixa de salário 15
Tabela 5 – Indicadores de saúde do município de Panambi.....17
Tabela 6 – Número de óbitos por principais causas externas.....19
Tabela 7 – Proporção de internações sensíveis à Atenção Básica 22
Tabela 8 – Distribuição percentual das Internações hospitalares por grupo de causas e faixa etária – CID 10.....24

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Proporção de ocupações da população economicamente ativa.....16
Gráfico 2 - Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas 20

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 6
2 OBJETIVOS 7
2.1 OBJETIVO GERAL 7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 7
3 CONTEXTO DO ESTUDO 8
3.1 GESTÃO EM SAÚDE.....8
3.2 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 9
3.3 INDICADORES DE SAÚDE 10
4 MÉTODO.....12
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....13
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO 13
5.2 ASPECTOS ECONÔMICOS 15
5.3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PANAMBI 16
5.4 SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PANAMBI 17
5.4.1 Coeficiente de mortalidade infantil 18
5.4.2 Óbitos por causas externas.....19
5.4.3 Óbitos prematuros.....20
5.4.4 Internações sensíveis à Atenção Básica.....22
5.4.5 Internações hospitalares por grupo de causas e faixa etária 24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 26
REFERÊNCIAS.....28
ANEXO.....30

1 INTRODUÇÃO

A cada quatro anos a gestão municipal de saúde define as prioridades para a área da saúde, definição feita na elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS). O Plano Municipal de Saúde é um instrumento básico de planejamento e deve possibilitar a organização e desenvolvimento de políticas públicas de saúde no âmbito municipal.

O PMS é uma ferramenta para diagnosticar problemas, definir prioridades e metas e elaborar estratégias de intervenção de acordo com a epidemiologia e realidade do âmbito municipal.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde deve significar para a gestão municipal a possibilidade do cumprimento das atribuições e responsabilidades referentes ao planejamento do SUS, avaliação dos indicadores de saúde do município e priorização das ações e metas. Além disso, deve favorecer o aperfeiçoamento da gestão em saúde e conferir direcionalidade às ações e serviços de saúde necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Chueiri (2013) afirma que realizar a análise da situação de saúde de determinado município é uma importante ferramenta para identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde de determinada população. A realização da análise é fundamental para identificar necessidades sociais de saúde da população, determinar prioridades de ação e embasar a tomada de decisão dos gestores. Para Duarte (2003), a realização da análise da situação de saúde de determinado local é fundamental para embasar a tomada de decisão dos profissionais gestores, pois a situação de saúde aponta evidências relevantes para a elucidação de pontos essenciais ao planejamento das ações em saúde.

Diante do exposto, objetiva-se com a realização deste trabalho conhecer, a partir do Plano Municipal de Saúde (Gestão 2013 -2016), a atual situação de saúde do município de Panambi/RS e verificar o que a Gestão Municipal de Saúde planejou para os quatro anos de gestão e o que vem desenvolvendo para enfrentamento dos problemas de saúde da população.

Conhecer a situação de saúde do município de Panambi torna-se relevante por subsidiar novas discussões na gestão em saúde e para o planejamento de ações de saúde visando à melhoria contínua das condições de saúde da população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a situação de saúde do município de Panambi.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os indicadores de saúde do município de Panambi.
- Identificar as metas traçadas pelos gestores no Plano Municipal de Saúde para enfrentamento dos problemas de saúde no município.

3 CONTEXTO DO ESTUDO

Neste capitulo, realiza-se uma revisão de literatura sobre os assuntos relacionados ao tema do trabalho, buscando enfocar Gestão em Saúde, Plano Municipal de Saúde e Indicadores de Saúde.

3.1 GESTÃO EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde – SUS – foi implantado e implementado com a promulgação da Constituição Federal em 1988, de forma a assegurar a todos os cidadãos brasileiros o direito à saúde, garantido pelo Poder Público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas voltadas para diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2007).

Até a década de 70 as organizações públicas de saúde caracterizaram-se por ser centralizadas e verticalizadas. Em período mais recente esse perfil se alterou em função do movimento ocorrido nos setores sociais para tomar mais eficaz a gestão de suas organizações.

A gestão em saúde compreende o processo de planejamento, financiamento, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde, infraestrutura e informação em saúde (PLANEJA SUS, 2008).

Todavia, a gestão em saúde deve apresentar atributos que vão desde o poder de governança e gestão pessoal até qualidade e eficiência. Para que o sistema municipal de saúde venha a incorporar esses atributos torna-se importante utilizar algumas ferramentas próprias de gestão, entre as quais o planejamento (OLIVEIRA, 2006).

No âmbito da Gestão em Saúde, o Plano Municipal de Saúde representa uma ferramenta de gestão e esta determina um caminho a ser percorrido com o objetivo de alcançar uma situação planejada.

3.2 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Plano Municipal de Saúde representa um instrumento norteador da gestão municipal, pelo qual as leis orgânicas da saúde (Lei nº 8.080 e 8.142/90) já consideravam o seu valor.

O Plano Municipal de Saúde é uma ferramenta que, a partir de uma análise situacional, apresenta os objetivos e as metas a serem buscados no período de quatro anos de forma a garantir à população o direito à saúde, com universalidade de acesso, integralidade e equidade na atenção.

Para elaboração do Plano de Saúde, é necessário identificar problemas e situações que requerem a implementação de soluções e identificar os fatores que, direta ou indiretamente, determinam a situação considerada insatisfatória, além de estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas; Definir os procedimentos de monitoramento e avaliação permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado, bem como utilizar instrumentos elaborados anteriormente, tais como Plano de Saúde, Planos Diretores, Relatórios Anuais de Gestão, relatórios de Conferências, Termo de Compromisso de Gestão, dentre outros (PLANEJASUS, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), para que seja possível identificar os problemas e definir estratégias para o Plano Municipal de Saúde, sua elaboração deve contemplar um diagnóstico situacional com base em três eixos:

- Condições de saúde da população: este eixo concentra os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;
- Determinantes e condicionantes de saúde: este eixo concentra medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores além do setor saúde;
- Gestão em saúde: este eixo concentra, entre outras, medidas que se configuram essenciais à melhoria e/ou ao aperfeiçoamento da gestão da saúde, tais como recursos humanos, participação social, infraestrutura, descentralização, etc.

O Plano Municipal de Saúde precisa ainda contemplar a formulação de objetivos e metas partindo da Análise Situacional em Saúde que é um processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada população. O objetivo dessa análise é identificar os principais problemas e orientar as medidas a serem tomadas (PLANEJA SUS, 2008).

Teixeira (1999) reforça essa ideia afirmando que a análise da situação em saúde é a identificação, descrição, priorização e explicação dos problemas de saúde da população com o objetivo de identificar as necessidades sociais e determinar as prioridades de ação.

Para caracterizar a situação de saúde de uma determinada localidade, recorremos ao uso de indicadores em saúde, como taxas de mortalidade por causas específicas e condições de nascimento, dentre outras, mas também é importante conhecer o entendimento que os diversos atores sociais locais têm sobre o que são necessidades e problemas da população (MONKEN e BARCELOS, 2005).

3.3 INDICADORES DE SAÚDE

Os indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (Rouquayrol, 1993).

A partir da análise de indicadores de saúde é possível traçar o perfil situacional de determinada localidade, realizar diagnósticos, propor medidas de reorganização do planejamento, e implementação de ações visando à promoção da assistência pública de saúde.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o conhecimento da complexidade de uma realidade social, a associação de vários deles e, ainda, a comparação entre diferentes indicadores de saúde de distintas localidades facilitam sua compreensão. Os indicadores gerais em saúde podem subdividir-se em três grupos:

- Indicadores 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;

- Indicadores que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde. Exemplo: saneamento básico;
- Indicadores 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 a determinada população.

Uma política pública para enfrentamento dos vários problemas de saúde, seja de morbidade ou de mortalidade, necessita de uma base de informações confiável, e de indicadores de saúde que sustentem e direcionem a tomada de decisão. A identificação dos determinantes do processo saúde-doença, das desigualdades em saúde e do impacto de ações e programas para reduzir a carga de doença na população só é possível a partir de boas informações e no momento oportuno (SOUZA, 2008).

4 MÉTODO

Minayo (1993, p.23), por um prisma mais filosófico, considera a pesquisa como “atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade”. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Demo (1996, p. 34) insere a pesquisa como atividade cotidiana considerando-a como uma atitude, um “questionamento sistemático crítico e criativo, mais a intervenção competente na realidade, ou o diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico e prático”.

Para atingir os objetivos propostos neste trabalho, foi realizada uma pesquisa descritiva que, segundo Oliveira (2010), consiste em interpretar e analisar os dados, refletir e explorar o que eles podem propiciar buscando regularidades para criar um profundo e rico entendimento do contexto pesquisado.

Os dados do presente trabalho foram coletados na Secretaria Municipal de Saúde de Panambi, onde foi realizado o levantamento de dados e indicadores em saúde disponibilizados por esse órgão público, e também foi utilizado como embasamento o Plano Municipal de Saúde (Gestão 2013-2016).

Para a descrição dos dados, realizou-se a tabulação e distribuição dos mesmos em gráfico e tabelas. Posteriormente, foi realizada a interpretação, a descrição da situação de saúde do município e, por último, uma revisão de literatura.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os dados coletados para o estudo e, na sequência, a análise deles relacionando-os com a revisão de literatura.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Panambi situa-se na região do Planalto Médio gaúcho, a 380 km de Porto Alegre. Esse município ocupa área de 491,4 km^2, a uma altitude de 420m. A integração à malha rodoviária ocorre pelas rodovias federais BR 285, sentido leste/oeste e BR 158, sentido norte/sul.

A denominação Panambi, que em tupi-guarani significa borboleta azul, deve-se ao fato de a região, naquela época, ser rica em borboletas dessa cor. A elevação à categoria de município ocorreu em 1954.

Panambi, um dos 497 municípios gaúchos, caracteriza-se como destaque regional por sua condição de 4º polo metalmecânico do Rio Grande do Sul. A indústria é a principal atividade econômica de Panambi. Conhecida como a “Cidade das Máquinas”, possui diversificado parque industrial, com destaque para a fabricação de máquinas e implementos agrícolas e de componentes para beneficiamento de cereais. Apresentam-se, ainda, diversas indústrias metalúrgicas, eletrônicas e extrativas (Plano Municipal de Saúde, 2013).

A população do Município é formada, predominantemente, por descendentes de origem alemã. Somam-se, em menor número, descendentes de italianos e holandeses.

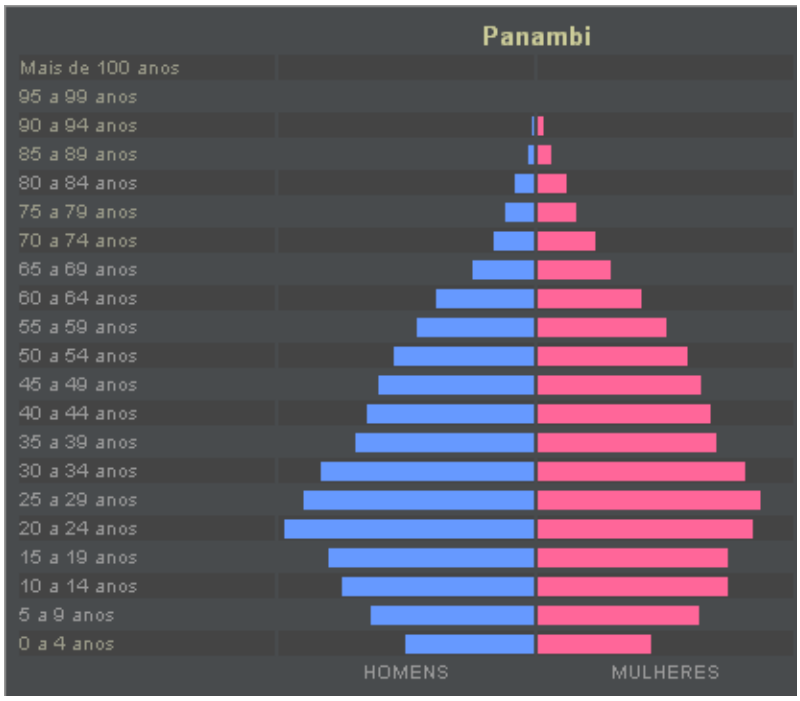
Desde 2013, segundo estimativa do IBGE de 2010, Panambi possui 40.439 habitantes. Destes, 91% vivem na área urbana e 9% na zona rural. A densidade demográfica do município é de 77,53 hab/km^2.

Tabela 1 – Estimativa populacional de Panambi

População estimada 2013	40.439
População 2010	38.058
Área da unidade territorial (km^2)	490,857
Densidade demográfica (hab/km^2)	77,53
Código do Município	4313904
Gentílico	Panambiense

Fonte: IBGE, 2010

Tabela 2 – População por faixa etária e sexo



Fonte: IBGE, 2010

Nesta pirâmide, pode-se observar que a população de Panambi concentra-se na faixa etária dos 20 aos 34 anos de idade o que pode estar relacionado à grande oferta de trabalho e ao grande número de indústrias presentes no município. Há também equilíbrio entre a população de crianças e adultos, assim como equilíbrio entre a população do sexo feminino e masculino.

Tabela 3 – Crescimento da população de Panambi e desnível entre os habitantes da zona rural e urbana

	1980	1991	1996	2000	2007	2010
PANAMBI	23.871	29.379	31.332	32.610	36.360	38.068
RURAL	5.899	5.290	5.312	4.320	4.311	3.426
URBANA	17.972	24.089	26.335	28.289	32.049	34.642

Fonte: IBGE, 2010

De acordo com o demonstrativo de crescimento populacional acima, percebe-se que está aumentando o quantitativo de pessoas que optam por residir na zona urbana.

Segundo Araújo (2014), as causas do êxodo rural são diversas. Dentre esses motivos, destaca-se a mecanização no processo de agricultura. Com o crescimento econômico de determinadas regiões, os campos modernizam-se e as atividades

manuais passam a ser mecanizadas, com a rápida substituição da mão de obra por máquinas. O trabalhador rural, em desvantagem em relação à modernização do campo, sem trabalho e sustento para a família, vê-se obrigado a migrar para a cidade em busca de emprego e melhores condições de vida. A capitalização também é um fator determinante para essa transição do campo/cidade. As cidades industrializam-se e, com as novas fábricas e empresas, aumenta a oferta de trabalho, atraindo os moradores do campo que buscam melhoria de vida e melhores empregos.

5.2 ASPECTOS ECONÔMICOS

Segundo o Censo do IBGE, em 2010, a população economicamente ativa do Município de Panambi constituía-se de 21.376 pessoas.

Tabela 4 - Remuneração da população economicamente ativa, de acordo com sexo e faixa de salário.

Faixa de salário [1]	**População ocupada**		
	Homens	**Mulheres**	**Total**
Sem remuneração	2.917	6.260	9.177
0 a ¼	52	210	262
¼ a ½	230	551	781
½ a 1	2.152	3.592	5.744
1 a 2	5.624	4.085	9.709
2 a 3	2.521	975	3.496
3 a 5	1.688	661	2.349
5 a 10	943	273	1.216
10 a 20	237	43	280
>20	66	13	79

Fonte: IBGE 2010. [1] Considerando faixas de salários da atividade principal.

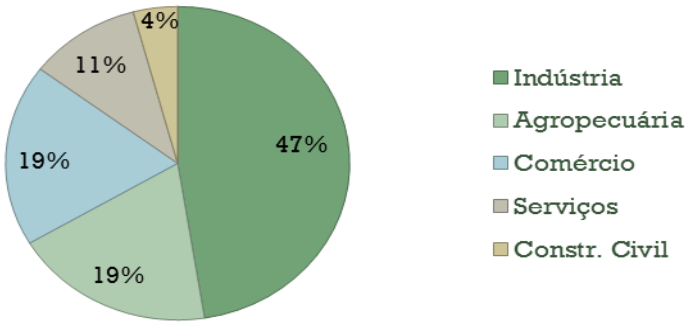
Atualmente a média da renda mensal domiciliar (per capita) em Panambi é de R$ 746,00.

O Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDHM), pesquisado pela Organização das Nações Unidas (PNUD – 2010), é de 0,761. Com esse índice, Panambi ocupa a 350ª posição no âmbito nacional, considerado pela ONU um município com alto desenvolvimento humano.

O índice do IDHM da renda da população panambiense é de 0,752, o da educação é de 0,691 e o de longevidade é de 0,848.

Dados do IBGE demonstram que, em 1991, 9.653 pessoas não possuíam nenhum rendimento e 2.096 eram remuneradas com até meio salário mínimo. Já o Censo de 2010 aponta 9.177 pessoas sem remuneração, e 1.043 vivendo no máximo com meio salário mínimo.

Gráfico 1 - Proporção de ocupações da população economicamente ativa



Fonte: Ministério do Trabalho (RAIS – 2011)

Pelos dados do Ministério do Trabalho (RAIS – 2011), as atividades do setor industrial representam o maior número de ocupações, com 7.045 pessoas. Em seguida, coloca-se o setor agropecuário, com 2.818 pessoas. Destacam-se ainda o comércio, que ocupa em torno de 2.785 pessoas, a prestação de serviços, que absorve 1.567 pessoas, e construção civil com 617 pessoas ocupadas.

Ainda de acordo com o Ministério do Trabalho, em 01/01/2013 estavam registrados em Panambi 12.711 empregos formais, 787 admissões e 585 desligamentos. Dados de janeiro de 2011 mostram 191 pedidos de seguro-desemprego.

5.3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PANAMBI

O Sistema Municipal de Saúde é o de descentralização, enquadrado na condição de Gestão Plena, de acordo com as normas básicas do Sistema Único de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Panambi foi criada pela Lei Municipal nº 942 de 16 de setembro de 1987, sob a denominação de Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social, cuja atual denominação e atribuição é determinada pela Lei Municipal nº 1.528, de 23 de outubro de 1996.

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pelo Decreto nº 64/91 em 23 de setembro de 1991, embasado na Lei Federal nº 8.142 de 7 de dezembro de 1990. Seu Regimento Interno foi aprovado pelo Decreto nº 17/92 e seus conselheiros, nomeados pela Portaria 540/91.

A rede de ações de Saúde do Município dispõe de 01 hospital de pequeno porte, 12 Estratégias de Saúde da Família e todas com Equipes de Saúde Bucal, 01 Centro de Especialidades com serviço de diagnóstico por imagem (Raio-x, Mamografia e Ultrassonografia), 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Pronto Atendimento, 01 CAPS, 01 Clínica de Fisioterapia, 01 Farmácia, 01 Central de Agendamentos, 01 Samaritana (atendimento domiciliar), 01 Unidade Básica de SAMU Salvar, Serviço de Vigilância em Saúde e 01 Almoxarifado.

O município mantém convênio com um Hospital Geral, Laboratórios de Análises Clínicas, Clínicas de Diagnóstico por Imagem, e algumas especialidades médicas que o município não comporta.

5.4 SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PANAMBI

Falar em situação de saúde é referir-se à situação de saúde de uma população, ou seja, de um grupo de pessoas. Assim, este estudo buscou conhecer o perfil de saúde da população de Panambi a partir dos indicadores de saúde utilizados pelos gestores municipais para o planejamento das ações em saúde.

Os indicadores analisados neste estudo serão coeficiente de mortalidade infantil, óbitos por causas externas, óbitos prematuros por doenças crônicas não transmissíveis, internações por causas sensíveis à atenção básica, internações hospitalares por grupo de causas e faixa etária.

Tabela 5 – Indicadores de saúde do município de Panambi

Indicador / Ano	2008	2009	2010	2011	2012
Taxa de Mortalidade Infantil (num. absoluto)	4	9	6	2	8
Percentual de óbitos infantis e fetais investigados	-	30,7	85,7	100	100
Óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DCNT - doenças do ap. circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (num. absoluto)	66	146	56	61	47
Proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata, encerrados em até 60 dias após notificação	77,7	66,6	50	88,9	83,3

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Panambi

5.4.1 Coeficiente de Mortalidade Infantil

O coeficiente de mortalidade infantil (CMI) tem sido, ao longo do tempo, utilizado como um indicador das condições de vida. É um coeficiente simples de ser calculado e reflete o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população: os menores de um ano (DUARTE, 2007).

A redução da mortalidade infantil constitui de forma geral uma das principais prioridades de saúde pública e um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. De acordo com a tabela apresentada acima pode ser observado que, no período de 2008 ate 2012, houve aumento significativo da mortalidade infantil no município de Panambi, com exceção do ano de 2011.

Segundo dados do DATASUS, nesse mesmo período, o Rio Grande do Sul apresentou variação da taxa de mortalidade infantil entre 12,4 a 11,1, e vem apresentando queda progressiva nesse índice desde o ano 2000. A região Sul do país apresentou índice de mortalidade infantil entre 12,5 e 11,3, quando comparada as demais regiões do país.

No Brasil, a Vigilância do Óbito Fetal, Infantil e Materno é uma experiência que vem sendo aprimorada rápida e continuamente. Essa ação exerce papel relevante como instrumento para melhoria dos Sistemas de Informação em Saúde e como fonte de evidências para aprimoramento da atenção à saúde no país.

A redução da mortalidade infantil é uma tendência acompanhada em todo o país, e, por sua vez, reflete a ação dos programas de saúde implantados e efetivados na rede de atenção básica de saúde.

Segundo Duarte (2007), a mortalidade infantil apresenta relações já bem estabelecidas na literatura com uma série de fatores: condições biológicas maternas e infantis (idade da mãe, paridade, intervalo entre os partos, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo no crescimento intrauterino, etc.), condições ambientais (existência dos serviços de saúde e da acessibilidade da população a eles, abastecimento de água potável e saneamento básico adequados, poluição, etc.) e, fundamentalmente, as relações sociais que organizam a vida concreta das pessoas (moradia, trabalho, renda, nível de informação, proteção social, etc.).

Com aumento do número de óbitos no município e avaliação dos indicadores pactuados para redução da mortalidade infantil, decidiu-se, conforme estabelece o Pacto pela Vida, pela introdução do Comitê de Investigação dos óbitos infantis no

município de Panambi, desde o ano de 2008. Em 2012, 100% dos óbitos foram investigados, porém, para buscar resultados concretos, o comitê precisa de papel conceitualmente claro, infraestrutura adequada e profissional de saúde capacitado para tal ação.

A investigação dos óbitos infantis vem sendo recomendada de forma crescente em vários documentos legais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2004, como estratégia que pode contribuir para a adoção de medidas de prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a proporção de óbitos infantis e fetais investigados no país ainda é baixa.

5.4.2 Óbitos Por Causas Externas

Tabela 6 – Número de óbitos por principais causas externas

Ano	Agressões	Acidente de Trabalho	Quedas	Lesões Voluntárias	Eventos Indeterminados
2001	2	11	1	4	4
2002	2	5	0	3	0
2003	4	11	3	2	2
2004	2	12	2	2	3
2005	5	13	1	2	2
2006	2	9	0	4	1
2007	6	5	0	6	1
2008	4	1	2	1	2
2009	2	13	0	3	0
2010	1	18	1	2	0
2011	1	14	2	3	0

Fonte: SIM – Dados de junho/2013

Os dados disponíveis acima indicam oscilações de declínio e de crescimento com relação a determinadas causas de morte e quedas significativas em relação a outras. Porém, o que é visível e permanece ao longo dos anos é um alto índice de mortalidade por acidente de trabalho, comparado a outras causas externas. Supõe-se que o elevado índice de mortalidade por acidente de trabalho esteja associado ao elevado número de indústrias estabelecidas município, 4º polo metalmecânico gaúcho.

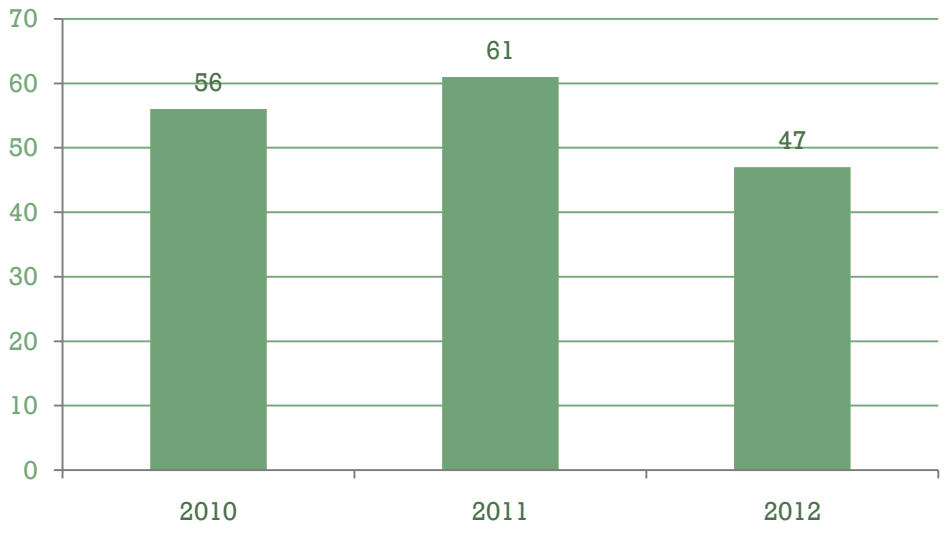
A garantia de condições de trabalho seguras e saudáveis para os colaboradores diretos e indiretos é uma das questões mais importantes a serem pensadas pelas indústrias. O gerenciamento dos riscos associados ao trabalho é

fundamental para a prevenção de acidentes. Isso requer pesquisas, métodos e técnicas específicas, monitoramento e controle. Acima de tudo, a busca de condições seguras e saudáveis no ambiente de trabalho significa proteger e preservar a vida.

5.4.3 Óbitos prematuros

A Vigilância em DCNT reúne o conjunto de ações que possibilitam conhecer a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população, identificando seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, execução e avaliação da prevenção e controle dessas doenças. A prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas enfermidades e suas consequências nefastas para a qualidade de vida e do sistema de saúde no País (BRASIL, 2005).

Gráfico 2 - Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.



Fonte: Núcleo de Informações em Saúde – NIS/DAT/CEVS/SES-RS

A partir das últimas quatro décadas do século passado, seguindo tendência mundial, observam-se no Brasil processos de transição que têm produzido importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes na população. A “transição demográfica” resultou em significativa diminuição das taxas de fecundidade,

natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida e aumento progressivo da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários. O Brasil, como outros países em desenvolvimento, tem um modelo de transição no qual aparece o crescimento da morbidade e mortalidade por DCNT. Assim, as DCNTs passaram a determinar no País a maioria das causas de óbito e incapacidade prematura, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, e passaram a representar uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no SUS e no Setor Suplementar (BRASIL, 2008)

Em 2004, as DCNTs representaram mais de 62% do total de óbitos do país, índice maior nas Regiões Sul e Sudeste (MS, 2006). As doenças de maior impacto para a saúde pública são: em primeiro lugar, as doenças cardiovasculares; segundo, o câncer (particularmente o cérvico-uterino e o de mama em mulheres e de estômago e pulmão nos homens); terceiro, o Diabetes Mellitus; e, em quarto lugar, as Doenças Respiratórias Crônicas. Esse rápido aumento da morbimortalidade por DCNT vem afetando o desenvolvimento social e econômico de vários países, ademais da qualidade de vida de milhões de pessoas na nossa Região.

A experiência de outros países mostra que o sucesso das intervenções de saúde pública no que se refere aos fatores de risco e à redução da prevalência das doenças e agravos não transmissíveis tem sido atribuído ao enfoque na vigilância de fatores comuns de risco e na promoção de modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, tendo um custo menor do que as abordagens para as doenças específicas (BRASIL, 2005).

Quanto aos óbitos prematuros por DCNT em Panambi verifica-se uma tendência de declínio significativa em relação aos seus números, desde o ano de 2011. Essa redução pode ser justificada pela adoção de estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle dessas doenças e pelo alto índice de cobertura de ESF que o município apresenta, uma vez que estudos já demonstraram a eficácia de ações preventivas e de promoção da saúde na redução dos fatores de risco e da mortalidade por DCNT.

5.4.4 Internações sensíveis à Atenção Básica

A atenção básica em saúde caracteriza-se por um conjunto de ações que envolvem a promoção, a proteção e a manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes (BRASIL, 2006). O modelo de atenção básica privilegia a adoção de ações preventivas e a assistência continuada às populações assistidas.

A atenção primária vem sendo considerada um dos componentes-chave para a eficácia do sistema de saúde. Além disso, Organização Mundial de Saúde (OMS) vem defendendo esse modelo como essencial para o alcance dos objetivos de disseminação da saúde para todas as populações (ORGANIZAÇÃO PAN–AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Tabela 7 - Proporção de internações sensíveis à Atenção Básica

INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA				INTERNAÇÕES CLÍNICA MÉDIA COMPLEXIDADE				PROPORÇÃO			
2009	**2010**	**2011**	**2012**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
421	341	267	244	1.480	1.309	1.045	981	28,45	26,05	25,55	24,87

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde – NIS/DAT/CEVS/SES-RS

É importante considerar o impacto que a atenção primária pode provocar nos demais níveis assistenciais, em termos de otimização e de economia dos recursos empregados. Espera-se que as atividades preventivas, os diagnósticos precoces e os tratamentos de enfermidades crônicas, desenvolvidos continuamente pelas ESFs, diminuam a necessidade de acesso aos níveis assistenciais de maior complexidade, assim como a quantidade de internações hospitalares.

Pesquisas destinadas a mensurar esses efeitos vêm sendo desenvolvidas em todo mundo. Nesse sentido, as taxas de internações hospitalares têm sido utilizadas para avaliar a qualidade da atenção primária e a facilidade de acesso aos serviços de saúde. Há um número significativo de pesquisas que demonstram que taxas elevadas de internações por condições sensíveis à atenção básica estão relacionadas a problemas de cobertura dos serviços de saúde ou à baixa capacidade resolutiva da atenção primária (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Altas taxas de internações hospitalares em uma localidade representam um alerta que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para sua

ocorrência. Altas taxas de internações também podem indicar problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Em Panambi, a taxa de internações hospitalares por causas sensíveis à atenção básica vem diminuindo significativamente ao longo dos anos e a gestão municipal vem investindo e apostando na qualificação da atenção básica, pois a gestão local acredita que a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações.

Alfradique *et al*. (2009) afirma que o acesso à atenção primária busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde, à oferta de ações de saúde e ao acesso e uso de serviços e à redução da mortalidade infantil.

5.4.5. Internações hospitalares por grupo de causas e faixa etária

Tabela 8 – Distribuição percentual das Internações hospitalares por grupo de causas e faixa etária – CID 10

Capítulo CID	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16,2	37,9	14,3	14,3	3,4	3,4	3,9	5,5	5,5	6,1
II. Neoplasias (tumores)	4,4	1,0	16,1	1,4	-	5,1	15,1	9,1	10,5	7,6
III. Doenças sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitárias	1,5	-	-	-	-	0,3	0,6	2,4	2,0	0,8
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	-	-	-	4,3	-	2,1	3,3	4,3	4,7	2,6
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	1,4	5,5	2,3	0,4	0,2	0,2	1,4
VI. Doenças do sistema nervoso	1,5	1,0	-	2,9	2,1	2,4	3,7	5,4	4,9	3,2
VII. Doenças do olho e anexos	1,5	1,0	-	-	-	0,5	1,4	0,8	1,0	0,7
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	1,8	-	-	0,1	-	-	-	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	2,9	1,0	-	-	1,4	8,7	21,1	29,1	28,6	14,5
X. Doenças do aparelho respiratório	35,3	42,7	30,4	22,9	9,6	6,3	12,6	22,2	20,2	14,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	4,4	1,0	7,1	10,0	8,2	12,8	19,0	7,7	9,0	11,7
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	1,8	1,4	2,1	1,8	-	0,2	0,1	1,0
XIII. Doenças Sist. osteomuscular e tecido conjuntivo	-	1,0	1,8	-	0,7	3,2	2,7	1,7	1,8	2,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	-	2,9	3,6	14,3	13,0	12,8	8,3	5,2	5,2	9,4
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	7,1	44,5	26,2	-	-	-	13,6
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	26,5	-	-	-	-	0,1	-	-	-	0,7
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	4,4	6,8	3,6	-	-	0,2	-	0,2	0,1	0,5
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais nos exames clínicos e laboratoriais	-	-	-	-	-	0,3	0,6	0,5	0,6	0,4
XIX. Lesões envenenamentos e algumas outras conseqüências causas externas	1,5	3,9	19,6	20,0	9,6	10,8	6,6	5,5	5,4	8,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	-	-	-	-	0,7	0,8	0,2	0,1	0,5
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/SUS. Situação da base de dados nacional em 3/5/2010

O estudo dos motivos de hospitalizações também pode fornecer evidências de iniquidades por parte da rede de atenção básica (acesso ou manejo) e do acesso à internação hospitalar. Outra finalidade de caracterizar as internações hospitalares é a possibilidade de identificar fatores associados à maior frequência de hospitalizações, em geral relacionada à maior gravidade e riscos à saúde. A identificação de fatores associados potencialmente modificáveis permite calcular o impacto de intervenções de cada fator na redução das internações hospitalares (COSTA *et al*, 2010).

Segundo o Sistema de Informação Hospitalar (2010) do Sistema Único de Saúde, a maior taxa de internação por doenças do olho e anexos tem ocorrido para crianças menores de 1 ano; malformações congênitas, deformidades, anomalias cromossômicas, doenças infecciosas, parasitárias, doenças do aparelho respiratório ocorrem na faixa etária de 1 a 4 anos de idade; doenças do aparelho geniturinário, lesões, envenenamentos e algumas outras consequências e causas externas são motivos de internações na faixa etária de 10 a 14 anos; internações por gravidez, parto, puerpério e doenças da pele e do tecido subcutâneo ocorrem com maior frequência na população da faixa etária de 15 a 19 anos; internações por doenças do sistema osteomuscular são mais comum na faixa etária de 20 a 49 anos; internações por transtornos mentais e comportamentais têm sido mais comuns na população mais jovem, de 15 a 19 anos, e as doenças do sistema nervoso acima do 65 anos; sintomas, sinais e achados anormais nos exames clínicos e laboratoriais têm sido motivo de internação na população acima de 50 anos de idade; afecções originadas no período perinatal, doenças tecido conjuntivo, internações por neoplasias ocorrem na faixa etária de 50 a 64 anos, assim como as internações por doenças do aparelho digestivo; internações por doenças do sangue e órgãos hematológicos e transtornos imunitárias, doenças endócrinas nutricionais, metabólicas e doenças do aparelho circulatório ocorrem acima de 60 anos.

O parágrafo acima descreveu o processo de construção e validação de uma lista de internações ocorridas no município de Panambi. As internações apontadas são concebidas como um indicador de vigilância dos serviços de saúde e altas taxas não são obrigatoriamente indicativas de necessidade de mudanças imediatas, mas um sinal de alerta à gestão para uma investigação de maior profundidade dos motivos para ocorrência delas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento e caracterização da situação epidemiológica do município é fundamental para o planejamento das ações voltadas ao enfrentamento dos principais problemas locais. Partindo da caracterização da situação de saúde do município de Panambi, dos dados à disposição no Plano Municipal de Saúde (2013 – 2016) e dos indicadores de saúde disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde pode se perceber que a redução da mortalidade infantil é uma tendência acompanhada em todo o país, porém, em Panambi a diminuição da mortalidade infantil ainda é insatisfatória.

As atividades do setor industrial representam o maior número de ocupações no município e este apresenta alto índice de mortalidade por acidente de trabalho quando relativizado a causas externas.

Quanto aos óbitos prematuros por DCNT, verifica-se uma tendência de declínio em relação a seus números, desde o ano de 2011, de 61 óbitos para 47.

As taxas de internação hospitalar por causas sensíveis à atenção básica vêm diminuindo ao longo dos anos, 421 internações em 2009, 341 em 2010, 267 em 2011 e 244 em 2012. A gestão municipal vem investindo e apostando na qualificação da atenção básica.

Em relação às internações hospitalares mais prevalentes por grupo de causas e faixa etária, foram doenças do aparelho circulatório - 14,5%, doenças do aparelho respiratório – 14,3% e gravidez, parto e puerpério – 13,6%.

Com o desenvolvimento deste trabalho, foi possível concluir que o município apresenta resultados satisfatórios para alguns indicadores e outros, porém, podem ser melhorados.

Há alguma fragilidade no processo de planejamento por parte da gestão municipal quando este se refere aos indicadores de saúde, pois há pouca informação de identificadores e estes nem sempre são levados em conta na hora de construir o planejamento em saúde.

Os gestores locais não visualizam o planejamento em saúde como importante ferramenta de gestão, uma vez que o Plano Municipal de Saúde (2013-2016) não se encontra finalizado até o presente momento.

Com o presente trabalho, estima-se que a Gestão Municipal da Saúde de Panambi necessita desenvolver um olhar voltado para melhoria da saúde pública,

necessita criar estratégias eficientes de acompanhamento da situação de saúde da população e uso de instrumentos de gestão. É necessário assumir novas responsabilidades e comprometimento com o cuidado da população. O uso de instrumentos de gestão é indispensável a um gestor de saúde comprometido com o seu papel e principalmente com a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. de F.; DOURADO, I.; COSTA, M. F. L.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C de; TURCI, M. A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. de Saúde Pública**, vol.25, n 6, pag 1337-1349, 2009.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, vol.21, n 3, pag 898-906, Mai/Jun, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 291p, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 72 p, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 29 mar. 2006 v. 143, n. 61, Seção 1, p.71-76, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 44 p, 2009.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Lex:** estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro/Brasil. Ministério da Saúde – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

CHUEIRI; Patrícia Sampaio. **Análise da situação de saúde do Brasil e os desafios da assistência e vigilância das doenças crônicas.** Departamento de Articulação e Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde, 2013.

COSTA, J. S. D., REIS, M. C., FILHO, C. V. S., LINHARES, R. S., PICCININI, F., FANTINEL, E. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados em Pelotas, Rio Grande do Sul. **RevSaúde Pública**, vol 44, n 5, 923-33, 2010.

DUARTE, E. C.; A informação, a análise e a ação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v 12, n 2, pag 61-62, Abr/Jun, 2003.

DUARTE, C. M. R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 (7): 1511-1528, jul, 2007.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção de conhecimento**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN–AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas** : documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2007. Disponível em <http://www.opas.org.br/servico/temas_documento_detalhe.cfm?CodSubTema=147&CodEspecifico=5575>. Acesso em 19 de fevereiro de 2015.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. Planejamento Estratégico: conceitos, metodologia e práticas, 2006. In: PINHEIRO, A., ABREU, M. L., JANNUZZI, P. Diagnóstico Organizacional: O caso Bel Lube – Distribuidor de Lubrificantes. 2006, p.43. Faculdade Novos Horizontes. Belo Horizonte. Disponível em <www.unihorizontes.br/pi/diag_orng_caso_bel_lube.pdf> Acesso em: 29 de mar. 2015.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro, MEDSI, 1993.

SOUZA, M. F. de; Dos dados a política: a importância da informação em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol 17, n 1, pag 5-6, Jan/Mar, 2008.

TEIXEIRA, C. F. Epidemiologia e Planejamento em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 2, p. 287-303, 1999.

ANEXO

Prefeitura Municipal de Panambi

SECRETARIA DA SAÚDE E SANEAMENTO

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins e a quem interessar possa, que a Sra. ***LARA DINIS DA ROSA MARQUES****, CPF nº 007.467.290-81, Enfermeira, está autorizada a utilizar dados e informações do Plano Municipal de Saúde desta Secretaria, em seus trabalhos de Especialização.*

Panambi, 06 de Abril de 2015.

CLÁUDIA J. MALHEIROS
Diretora Sec. Mun. da Saúde

Gestão 2009-2016