

Caça às informações: acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços do SUS

Hunting for information: access of the field, forest and water populations to SUS actions and services

Jacinta de Fátima Senna da Silva

Mestre em Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de
Brasília, DF
E-mail: jacsenna31@gmail.com

Resumo:

Este artigo busca compartilhar a descrição do processo metodológico, das escolhas e dos caminhos percorridos na pesquisa referente ao “Acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no Sistema Único de Saúde”. Coteja-se a caracterização das unidades de pesquisa, as técnicas utilizadas, o diálogo nos territórios que apontaram achados e aprendizados nas etapas do estudo. O trabalho de campo cartográfico foi operacionalizado em cinco fases e contou com a participação de grupos de 11 a 14 pessoas, culminando na construção dos mapas cartográficos dos territórios e do acesso aos serviços de saúde, plano de ação e proposta de arranjo de atenção à saúde. Concomitantemente, foram realizadas as entrevistas individuais locais e nacionais. Os resultados indicam que o conhecimento dos territórios propiciou delinear a tipologia de cada unidade de pesquisa, preparar o caminho metodológico no trabalho de campo e a compreensão das situações provocadoras dos problemas locais.

Palavras-chave: Acesso; Uso da informação científica na tomada de decisões em saúde; Comunicação em saúde.

Abstract:

This article seeks to share the description of the methodological process, the choices and the paths covered in the research related to the “Access of rural, forest and water populations to actions and services in the Unified Health System”. The characterization of the research units, the techniques used, the dialogue in the territories that pointed out findings and learning in the stages of the study are checked. The cartographic field work was carried out in five phases and

counted on the participation of groups of 11 to 14 people, culminating in the construction of cartographic maps of the territories and access to health services, action plan and proposal of health care arrangement. At the same time, individual local and national interviews were conducted. The results indicate that the knowledge of the territories allowed to delineate the typology of each research unit, to prepare the methodological walk in the field work and the understanding of the situations provoking the local problems.

Keywords: Access; Use of scientific information for health decision making; Health communication.

Introdução

Diante de um objeto complexo como o “Acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS)”, certamente há desafios metodológicos a serem escolhidos e trilhados. Assim, este artigo tem como finalidade descrever a ancoragem teórico-metodológica, os caminhos das escolhas, as trilhas e tramas metodológicas percorridas durante a pesquisa assim denominada.

Num estudo, o processo de definição do método e o seu modo de aplicação a partir do tema proposto são períodos de incertezas, de buscas e de inquietudes diante do objeto a ser estudado e iluminado. Costumeiramente, vive-se um certo estranhamento sobre o ponto de partida. Bourdieu^{1,18} é enfático ao sinalizar que nesse tipo de empreitada “a gente se expõe e corre riscos”. Portanto, é imprescindível conter os temores

à exposição, à crítica e reconhecer as próprias limitações. Esse autor ainda argumenta que devemos ser capazes de compreender a pesquisa como uma atividade racional - ou seja, que nem sempre se fala com efeito e confiança, mas que há possibilidades de aprender e apreender no processo de construção e investigação.

A indagação principal da pesquisa gira em torno de conhecer o modo como ocorre o acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços de saúde no SUS, entrelaçadas às seguintes hipóteses investigadas: h1 - a organização dos serviços favorece o acesso dessas populações; h2 - as condições socioeconômicas e de exclusão dessas populações influenciam no acesso e acessibilidade aos serviços e ações de saúde; e h3 - o perfil de adoecimento dessas populações pode ser agravado pela exposição aos agrotóxicos, dentre outros fatores de risco.

A compreensão de acesso nesse estudo caracterizou-se como o acolhimento oportuno diante das necessidades e demandas da população, conjuntamente com a resolução, a continuidade e a qualidade do cuidado aos problemas que a acomete nos serviços de saúde de um determinado território. Relaciona-se, ainda, às condições socioeconômicas, de vida, nutrição, trabalho, habitação e educação dos usuários; à presença de profissionais devidamente remunerados e preparados para o atendimento; à existência de instalações equipadas e inseridas em espaços nos quais usuários e profissionais possam interagir.^{2,3,4}

Ancoragem teórico-metodológica

Neste trabalho optou-se pela combinação de métodos quali-quantitativos, com ênfase na abordagem qualitativa-participante. Por conseguinte, apresenta-se a discussão das características principais da pesquisa qualitativa.

Conforme Denzin e Lincoln,⁵ a modalidade implica numa abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus territórios, tentando entender os fenômenos a partir dos significados que as pessoas a eles atribuem. Nessa linha de

argumentação, Vieira e Zouain⁶ acrescentam que a investigação confere importância fundamental aos depoimentos dos atores sociais implicados, aos discursos e aos significados transmitidos por eles. Assim, prima pela descrição detalhada dos fenômenos, dos símbolos e dos elementos que a circundam.

Creswel⁷ realça o fato de que, na perspectiva qualitativa, o ambiente social é a fonte direta de dados e o pesquisador e seu principal instrumento, sendo que os dados coletados são predominantemente descritivos. O autor destaca que a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto e que o interesse do pesquisador, ao estudar um determinado problema, é verificar como ele se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas. No tocante à análise dos dados, a pesquisa qualitativa é dinâmica ao invés de pré-configurada.

Dielh⁸ adiciona que a qualitativa descreve a complexidade de um determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades do fenômeno a partir da vivência dos participantes.

Godoy⁹ evidencia critérios fundamentais para uma boa pesquisa, tais como: credibilidade, no sentido de validade interna, ou seja, seguir princípios e orientações intrínsecas às metodologias qualitativas e apresentar resultados dignos de confiança; transferibilidade, não se tratando de generalização, mas no sentido de realizar uma descrição precisa do fenômeno que permita ao leitor imaginar o estudo em outro contexto; confiança em relação ao processo desenvolvido pelo pesquisador e registro, pelo pesquisador, de todas as fases da pesquisa. O autor também cita o critério de confirmabilidade dos resultados, ou seja, a avaliação da coerência dos resultados com os dados coletados e a explicitação cuidadosa da metodologia, de forma a detalhar, minuciosamente, o método utilizado pela pesquisa e a relevância das questões da pesquisa em relação a estudos anteriores.

Por sua vez, Minayo¹⁰ leciona que as relações entre abordagens qualitativas e quantitativas demonstram o seguinte: as duas metodologias não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo projeto; uma pesquisa quantitativa pode conduzir o investigador à escolha de um problema particular a ser analisado em toda sua complexidade, por meio de métodos e técnicas qualitativas e vice-versa; a investigação qualitativa é a que melhor se coaduna ao reconhecimento de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos.

Para análise das informações e achados, além dos fundamentos descritos, adere-se ao pressuposto metodológico a Hermenêutica de Profundidade (HP), referencial desenvolvido por John B. Thompson, no qual os métodos específicos podem ser colocados e relacionados um com o outro, bem como podem ser avaliados os seus limites, oportunizando-se, ao mesmo tempo, “a análise dos fenômenos culturais e das formas simbólicas em contextos estruturados”,^{11:33-34} vivenciados e extraídos no cotidiano de um determinado território.

Este referencial metodológico evidencia três fases: a análise sócio-histórica, a análise formal ou discursiva e a interpretação/reinterpretação. Este método também recorda que os sujeitos participantes do processo de produzir e contribuir para o desvendamento de uma determinada realidade são como os cientistas sociais, ou seja, sujeitos que compreendem, examinam, revelam e agem alicerçados em ato de sua prática, compreensão e reflexão.^{11:389}

Assim, no processo de análise, o “a priori político” dos sujeitos deve ser considerado e compreendido como os saberes e ideias no ambiente do viver e do produzir, o que conduz ao engendramento das relações sociais, políticas e humanas no território. Habermas o traduz como o mundo da vida, contexto formador de horizonte dos processos de entendimento,¹² que aportam experiências, realizações e proposições que podem contribuir para a interpretação e compreensão das descobertas, dos conflitos e das próprias transformações do contexto.

Gomes observa que, dentre as alternativas de desenho metodológico para análise do material qualitativo, encontra-se a hermenêutica-dialética. Tal perspectiva fundamenta-se no diálogo entre as ideias de Gadamer e Habermas. O primeiro define a hermenêutica como a arte da compreensão, considerando a experiência humana e não apenas as ciências, resultado do processo social. O segundo assinala que a dialética focaliza a dissensão, a mudança e os macroprocessos, resultado do processo de conhecimento com suas inúmeras determinações e significados singulares.¹³

Caminhos metodológicos

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quali-quantitativa, realizado entre 2015 e 2016, que buscou o entendimento de fenômenos complexos específicos, de natureza social e cultural, mediante descrições, interpretações e comparações, considerando os seus aspectos qualitativos e quantitativos.

Assim, a metodologia integrou abordagens qualitativas e quantitativas adaptadas para cada objetivo específico da pesquisa, as quais se concentraram em: definição e caracterização da amostra; técnicas de elaboração de instrumentos e desenho metodológico de campo; construção do processo da pesquisa participante em territórios selecionados; análise de documentos e informações secundárias; e análise epidemiológica de dados secundários com enfoque ecológico-social.

Escolhas

Inicialmente, procedeu-se à definição da amostra e à escolha das unidades de análise, cujo planejamento metodológico contou com os seguintes passos:

Definição do tamanho e seleção da amostra.

A amostra do estudo abrangeu as cinco regiões do País, sendo composta por 15 municípios selecionados, 242 atores entrevistados e cinco grupos focais, sendo um para cada região do País. Para a seleção da amostra de municípios adotou-

se o método de sorteio casual simples sem reposição. Nesse método, “as combinações de ‘n’ diferentes elementos, dos ‘N’ que compõem a população, possuem igual probabilidade de virem a ser a amostra efetivamente sorteada.”^{14:18}

Na seleção dos municípios, foram escolhidos três de cada região geográfica, aplicando-se os seguintes critérios de inclusão: Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) $\leq 0,599$ (baixo); população ≤ 30.000 ; população rural $\geq 50\%$ e desenvolvimento de atividades econômicas predominantemente extrativistas e agrícolas.

Seleção da amostra de atores para entrevistados.

A amostra baseou-se nos seguintes critérios: tipos de agentes de acordo com o lugar de atividade e sujeitos individuais e coletivos na política de saúde e atuação no Estado, tais como: líderes de movimentos sociais, conselheiros, usuários, gestores e técnicos da Atenção Básica dos municípios selecionados. Assim, a amostra compõe-se de 15 gestores, 15 técnicos da Atenção Básica, 15 conselheiros de saúde (um por município), 30 líderes de movimentos sociais (dois por município) e 150 usuários (dez por município).

Ainda, foram entrevistados 17 participantes (um por entidade), oriundos de: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); Conselho Nacional das Populações Extrativistas (CNS); Comissão Pastoral da Terra (CPT); Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ); Entidades Representativas dos Povos Indígenas; Federação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras na Agricultura Familiar (FETRAF); Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB); Movimento dos Pequenos Agricultores (MPA); Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST); Movimento Nacional dos Pescadores (MONAPE); e Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais - Movimento

das Margaridas (MTRMM).

Estes atores foram selecionados por serem componentes do Grupo da Terra / Ministério da Saúde (MS), espaço de diálogo e proposição de estratégias para consecução das agendas de reivindicações em saúde dessas populações. O CONASS e o CONASEMS foram selecionados por representarem os gestores do SUS nos âmbitos estadual e municipal.

Os usuários entrevistados foram escolhidos por amostra sistemática e considerados aqueles que manifestaram disponibilidade a compartilhar suas experiências sobre o fenômeno pesquisado, visto que a intenção é compreender tal fenômeno a partir da perspectiva daqueles que o vivenciam. Este tipo de amostra é planejado de forma cuidadosa e pode ser aplicada por meio de uma tabela de números aleatórios.¹⁵ A seleção foi realizada da seguinte forma: a cada cinco passantes numa dada praça, rodoviária ou outro local público, dependendo da cidade, o próximo passante foi convidado para a entrevista.

Alinhando trilhas e tramas

Mediante as adaptações sugeridas no processo de submissão do projeto à banca de qualificação da FS/UnB e ao CEP/UnB, o qual foi aprovado conforme parecer nº 1194831/2015, o trabalho de campo foi redefinido e alinou-se o desenho metodológico, substituindo os grupos focais por cartografia e observação participante, as quais foram desenvolvidas em cinco territórios, escolhidos pelos critérios de maior população rural e um por região da amostra dos quinze municípios previamente selecionados.

A cartografia, método proposto por Deleuze e Guattari e utilizado em pesquisas de campo voltadas para o estudo da subjetividade,¹⁶ apresenta-se como importante ferramenta, buscando abarcar a complexidade das situações-problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação e levando em consideração os saberes, experiências e posições dos implicados na construção do conhecimento coletivo. Contudo, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa como outra possibilidade de conhecer,

proporcionando o encontro do pesquisador com o seu campo.

A cartografia social ou cartografia viva fundamenta-se na pesquisa-ação ou pesquisa participante que, para Thiollent,¹⁷ é um tipo de pesquisa social com base empírica concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou a resolução de um problema coletivo envolvendo os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema, de modo cooperativo e colaborativo.

O desenho metodológico para a construção das cartografias foi planejado em cinco fases: uma primeira fase, que consistiu em contatos iniciais com os sujeitos, visita às unidades escolhidas, seleção de participantes e pactuação de agenda de compromisso, envolvendo data da oficina, número de participantes, local e infraestrutura; uma segunda fase, em que ocorreu a construção do mapa do território; na terceira fase, realizou-se a elaboração do plano de ação; na quarta fase, deu-se a construção do mapa de acesso; na quinta fase, houve a priorização dos elementos para a proposta de arranjo de atenção à saúde.

Instrumentos metodológicos

Os instrumentos para as entrevistas foram construídos com base no PCATool, modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian.¹⁸ O referido modelo baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde prestados à população. Campbell¹⁹ descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais regulados pela estrutura do serviço de saúde.

Este modelo de avaliação foi validado em outros países^{20,21} e revalidado por um grupo de técnicos, tendo recebido o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool-Brasil. Adaptado à realidade, o modelo permite medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde (APS) nos serviços de saúde e contém três partes: uma parte voltada aos profissionais de saúde e duas partes voltadas a usuários (adultos e crianças).

Na adaptação à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em um questionário aplicável para entrevistas e passou por um processo de validação que contém as seguintes fases: tradução, tradução reversa, adaptação, pré-teste, validação de conteúdo e de construto, análise de consistência interna e de confiabilidade.²²

O instrumento adotado para gestores, conselheiros de saúde, atores de movimentos sociais e usuários foi adaptado da versão nacional, tomando-se como base a versão reduzida construída por Oliveira et al.²³ que, em seguimento aos trabalhos de Starfield,^{22,24,25} permitiu uma reavaliação do PCATool Adulto-Brasil usando a Teoria da Resposta ao Item (TRI) como metodologia de análise.

Os autores partiram de um modelo acumulativo unidimensional, cujos resultados demonstraram que houve uma contribuição diferente de cada item desse instrumento para o traço latente, orientação à APS, confirmando a adequação do PCATool-Brasil (versão usuários adultos) para avaliação de serviços de Atenção Primária, evidenciada, todavia, uma baixa contribuição de alguns itens, o que gerou a redução do instrumento.²³

Os instrumentos adaptados e baseados na versão reduzida do PCATool-Adulto-Brasil, contemplando as dimensões essenciais e derivadas da APS são os seguintes: Afiliação, Utilização, Acesso - Primeiro Contato; Longitudinalidade/Atendimento continuado; Coordenação do Cuidado e Sistema de Informações; Integralidade - Serviços Disponíveis e Prestados; Enfoque Familiar e Orientação Comunitária,²³ e na singularidade do tema.

Instrumento A - Profissionais de Saúde (Gestores e Profissionais de Atenção Básica). Este instrumento é composto por uma ficha de identificação do respondente com dez itens, contendo os seguintes dados sociodemográficos: nome, idade, sexo, estado civil, grau de instrução, profissão, cargo e cor da pele; e um questionário composto pelas dimensões listadas acima, num total de vinte e dois itens.

Instrumento B - Conselheiros de Saúde, Representante Movimentos Sociais e Usuários.

Este instrumento é composto por uma ficha de identificação com dez itens, contendo os seguintes dados sociodemográficos: inserção social, idade, sexo, estado civil, grau de instrução, ocupação/atividade e cor da pele; e um questionário composto pelas dimensões citadas acima, num total de vinte e seis itens.

Para a testagem, os instrumentos foram aplicados a cada dois atores por tipologia, representantes de entidades nacionais e atores de municípios selecionados. Após avaliação e análise das contribuições e críticas, aperfeiçoou-se os instrumentos, especialmente no tocante ao conteúdo das perguntas.

Mediante leitura e aceitação, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, e com as orientações estabelecidas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Ciências da Saúde (FS), da Universidade de Brasília (UnB).

No processo cartográfico utilizou-se a mesma ficha de identificação já descrita acima, o TCLE adotando o mesmo ritual da entrevista para assinatura de cada participante. Seguiu-se as etapas do desenho metodológico proposto e articulou-se a infraestrutura necessária para a construção cartográfica em cada território selecionado.

O procedimento de análise dos dados baseou-se na combinação de métodos já descritos na seção relativa ao referencial teórico-metodológico. Quanto ao processo de análise do resultado da aplicação dos instrumentos da versão reduzida do PCATool-Brasil, adotou-se o modelo da Teoria de Resposta ao Item-TRI (Modelo Logístico de 2 parâmetros-ML-2), abordado na fundamentação dos instrumentos.

Conhecendo os territórios

Observa-se, na caracterização da amostra de municípios selecionados - Tabela 1, que a população varia entre 3.029 e 26.484 habitantes, situando-se na classificação de pequeno porte do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE),

que estabelece as faixas de até 5.000 a 50 mil habitantes. Constata-se que quatro municípios apresentam maior contingente populacional rural na ordem de mais de 80%, cerca de 80% e mais de 70%, respectivamente, nas regiões Sul, Norte, Sudeste e Nordeste. Verifica-se que dois municípios da região Nordeste apresentam maior expressão de população feminina na ordem de 3.649 e 12.366.

Prosseguindo-se na caracterização da amostra - Tabela 2, é possível demonstrar que o município de Mata Grande, localizado no estado de Alagoas, região Nordeste, apresenta a menor taxa de esperança de vida ao nascer, maior taxa de mortalidade infantil até 1 ano e a maior população economicamente ativa com 18 anos ou mais. Ainda, observa-se que dois municípios da região Norte contemplam o maior percentual de pessoas com abastecimento de água e esgotamento sanitários inadequados, sendo um com a menor taxa de fecundidade total. Um município da região Norte apresenta maior percentual de renda proveniente de rendimentos do trabalho formal, o que pode significar maior aquecimento do mercado de trabalho local. Verificou-se nesse município, também, a existência de uma usina termelétrica com matriz energética a gás natural, além de projetos de apoio ao desenvolvimento local.

A variável expectativa de vida (EV) dos municípios foi analisada comparativamente com a média estadual, regional e nacional,²⁶ o que poderá apoiar o dimensionamento do acesso das populações estudadas juntamente com o cruzamento de outras variáveis e a análise relacional qualitativa de cada unidade da amostra.

Assim, de forma comparada, evidencia-se que o município de Mata Grande, do estado de Alagoas, da região Nordeste, apresenta, respectivamente, as médias de 66,0, 70,8 e 72,5, constatando-se que a expectativa de vida no município é a menor das unidades de pesquisa e apresenta uma diferença de quatro anos da Unidade da Federação e de seis anos da região Nordeste. O município com a maior expectativa de vida é Dom Feliciano, localizado no Rio Grande do Sul, na região Sul, apresentando,

respectivamente, 74,1; 77,2 e 77,2, aproximando-se, inclusive, da média nacional de 75 anos. Os municípios da região Norte mostram-se mais próximos das médias da Unidade da Federação e da região, com médias entre as faixas de 71,4 a 73,4 anos.

Com base nas informações sobre a cobertura populacional da Atenção Básica e números de ESF e ESB dos municípios selecionados, 2014-tabela 3, constata-se que nove municípios tiveram cobertura populacional da ESF de 100%, enquanto que quatro municípios tiveram essa cobertura de 77,6% a 99,1%, respectivamente das regiões Norte, Nordeste e Sudeste, destacando-se um município da região Sul com apenas 47,6%. Em quatorze municípios foram implantadas equipes de saúde bucal em 2014 e apenas um município da região Sul não incorporou esse componente.

Assim, a implantação das Equipes de Saúde da Família ocorreu todos os municípios, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define uma equipe para 4.000 pessoas.²⁷

Conforme dados do Ministério da Saúde de 2014,²⁸ apenas quatro municípios – Caapiranga e Mazagão, situados na região Norte, Bonito de Minas, na região Sudeste e Nazarezinho, na região Nordeste, possuem Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituídos pela Portaria GM/MS nº 154 de 24 de junho de 2008, cujo objetivo é ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, auxiliando as ESF no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, contribuindo para a integralidade e resolubilidade.

De acordo com os dados oficiais do Mapa da Saúde/DAI/SGEP/MS,²⁹ todos os municípios estão aderidos ao processo de regionalização e têm fluxo de referência aos serviços de média e alta complexidade da rede de serviços do SUS de suas respectivas regiões.

A tabela 4 apresenta a classificação da ordem de frequência das internações por condições sensíveis da Atenção Primária (ICSAP) por grupo de causas, que compõe a caracterização dos territórios

do estudo. Constata-se que os municípios de todas as regiões têm como causa de internação gastroenterites infecciosas e complicações, sendo nove como a primeira, dois como a segunda, três como a terceira e um como a quarta, o que dialoga com a precariedade do saneamento básico e as condições socioeconômicas. Ainda, três municípios apresentam como primeira causa de internação a insuficiência cardíaca, o que pode significar diagnóstico tardio nos respectivos territórios. Verifica-se, também, que dois municípios têm como a primeira causa de internação a infecção no rim e trato urinário, dois como primeira causa as doenças pulmonares e três como segunda causa as pneumonias bacterianas. Observa-se que há municípios que apresentam mais de uma causa de internação como a primeira.

Os dados das internações hospitalares apresentados foram selecionados por local de residência, nos anos de 2004 - 2015, obtidos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), que tem como base as Autorizações de Internações Hospitalares. O SIH-SUS registra apenas as internações que ocorreram no SUS, podendo haver contagem de um mesmo paciente por não identificar reinternações e transferências para outros hospitais.

O ICSAP, como instrumento de avaliação da atenção oferecida a populações com baixos níveis socioeconômicos é considerado marcador de qualidade dos cuidados primários e de avaliação do acesso aos serviços de saúde.³⁰ O incremento da produção de artigos científicos nos últimos anos sobre ICSAP mostra o interesse crescente na utilização do indicador em todo o mundo, mesmo que com distintas denominações e diferenças no que diz respeito às listas de enfermidades.³¹

Quanto à mortalidade proporcional por causas, comparativa por região e quadriênio, 2003-2014 dos municípios selecionados e apresentada na tabela 5, verifica-se que a principal causa foi a denominada “mal definida”, seguida das doenças cerebrovasculares (DCV) como a segunda maior causa, exceto na região Centro-oeste. Constata-se, portanto, uma tendência decrescente das causas mal definidas no decorrer dos triênios.

Os dados sobre mortalidade proporcional foram obtidos do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do SUS, do Ministério da Saúde (DATASUS/MS). O cálculo da mortalidade proporcional foi efetuado sobre o total de óbitos do quadriênio, incluindo as causas mal definidas.

Na região Centro-oeste observa-se que o suicídio por armas de fogo e outras causas foi a primeira causa, seguida das DCV como segunda; terceira, as doenças mal definidas, apresentando-se maior no terceiro quadriênio, e a quarta por acidente de transporte terrestre.

Registra-se, ainda, que a mortalidade proporcional por infarto agudo do miocárdio (IAM) é a terceira maior causa nos municípios da região Nordeste e a quarta nas regiões Sudeste e Sul. Na região Sudeste, as doenças hipertensivas apresentam-se como a terceira causa. Esses achados podem refletir a ocorrência de diagnóstico tardio nesses territórios.

Os homicídios e os suicídios por arma de fogo e outras causas responderam, respectivamente, pela terceira e quarta causa na região Norte. Na região Centro-oeste, os homicídios por arma de fogo e outras causas responderam como a quinta causa.

Quanto à tendência de aumento da mortalidade proporcional por doenças crônicas não transmissíveis, atribui-se tal fato à polarização da transição epidemiológica, à questão do diagnóstico tardio e à aproximação dos estilos de vida das pessoas que vivem em pequenos municípios com o das grandes cidades.

Ademais, todos os municípios têm cobertura de Equipes de Saúde da Família em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica e do Programa Mais Médicos.³² Contudo, os dados revelam que persiste a necessidade de ampliar a capacidade diagnóstica nos territórios.

Segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde-CNES/MS, 2014,³³ confirma-se que todos os municípios possuem secretaria de saúde e centros de saúde/unidades básicas, sendo que

apenas um município da região Nordeste possui centro de atenção psicossocial, um município da região Centro-oeste tem unidade de atenção indígena, dois municípios, respectivamente, da região Nordeste e Centro-oeste, possuem central de regulação do acesso e dois municípios, das regiões Norte e Sul têm academia de saúde.

Dialogando nos Territórios

As oficinas para a realização das cartografias ocorreram nas unidades selecionadas e tiveram a participação de grupos de 11 a 14 pessoas dos territórios, resultando na construção dos mapas dos territórios, mapas de acesso aos serviços de saúde, plano de ação e proposta de arranjos de atenção à saúde para os cinco territórios. Concomitantemente foram aplicadas as entrevistas nesses territórios.

A aplicação da técnica cartográfica permitiu o conhecimento das demandas e necessidades nos territórios a partir do diálogo e interação com os participantes, da observação, da mediação para a construção das cartografias e das vivências nos seus cotidianos. Durante o processo preparatório para a aplicação da técnica referida foram necessárias muitas idas aos territórios e negociações junto aos atores locais para o processo de aceitação e de construção da cartografia.

Esse processo contribuiu para o conhecimento das demandas e necessidades da população desses territórios e para a compreensão das dimensões de situações provocadoras dos problemas locais.

Discussão da combinação de métodos no Acesso às Ações e Serviços do SUS

Verifica-se que a população dos municípios varia entre 3.029 e 26.484 habitantes, situando-se o universo na classificação de pequeno porte do IBGE, nas faixas de até 5 mil a 50 mil habitantes. Destaca-se que somente quatro municípios apresentaram maior contingente populacional rural na ordem de mais de 80%, cerca de 80% e mais de 70%, respectivamente, nas regiões Sul, Norte, Sudeste e Nordeste.

Geralmente, os municípios de pequeno porte

exercem um papel de caráter local, de atendimento às necessidades básicas da população e dependem de municípios de médio ou grande porte para diversos serviços. Quanto aos serviços do setor de saúde, estes são organizados de acordo com o processo de regionalização preconizado pelo Ministério da Saúde.

No que tange à rede de serviço de saúde disponível, todos os territórios estão aderidos à estratégia de Saúde da Família e ao Programa Mais Médicos. Em 14 municípios foram implantadas equipes de Saúde Bucal no ano de 2014, e apenas um município da região Sul não incorporou esse componente.

Registra-se que todos os municípios estão aderidos ao processo de regionalização e têm fluxo de referência aos serviços de média e alta complexidade da rede de serviços do SUS nas suas respectivas regiões de saúde.

Quanto à expectativa de vida comparada com as Unidades da Federação e as regiões, constatou-se que o município de Mata Grande, da região Nordeste, apresentou média de 66,0, sendo a menor dos territórios e diferente do estado e da região. O município que apresenta maior expectativa de vida é Dom Feliciano, da região Sul, na ordem de 74,1, aproximando-se da média nacional de 75 anos. Os municípios da região Norte apresentaram-se mais próximos das médias da Unidade da Federação e da região, ficando entre 71,4 a 73,4 anos.

As informações sobre morbidade das populações desses territórios com base no ICSAP revelaram que todas as regiões têm como causa de internação as gastroenterites infecciosas e complicações, sendo nove municípios como a primeira causa, dois municípios como a segunda, três como a terceira e um município como a quarta, o que dialoga com a precariedade do saneamento básico e as condições socioeconômicas.

A análise do perfil de morbimortalidade da população brasileira tem mostrado que, nos últimos anos, as internações por gastroenterites são mais representativas nas populações residentes em regiões com maior concentração de

pobreza e precárias condições socioeconômicas, aumentando o risco de diarreia principalmente quando associadas à falta de saneamento básico e a deficientes condições de vida.³⁴

Constata-se que três municípios apresentaram como primeira causa de internação a insuficiência cardíaca, o que pode significar o diagnóstico tardio nos respectivos territórios. É uma síndrome complexa, frequentemente de difícil diagnóstico, que exige dos profissionais que atuam na Atenção Primária uma competência técnica e uma elevada percepção para decidir quanto a melhor conduta.

As doenças cardiovasculares representam um grupo de alta prevalência na Atenção Primária. A insuficiência cardíaca, causa mais frequente de ICSAP nesse estudo, representa também a principal causa de internação no sistema público brasileiro em indivíduos acima de 65 anos de idade.³⁵

Observa-se, ainda, que dois municípios têm como a primeira causa de internação a infecção no rim e trato urinário, dois como primeira causa as doenças pulmonares e três como segunda causa de internação as pneumonias bacterianas. O aumento das internações por infecção de rim e trato urinário e angina pectoris pode significar que a Atenção Primária está menos organizada para atender a tais diagnósticos ou que estes possam ser menos sensíveis a esse nível de atenção.³⁶

Segundo Moura e colaboradores,³⁷ as gastroenterites, asma e as pneumonias bacterianas foram as causas mais frequentes de internações hospitalares em menores de 20 anos entre aquelas sensíveis à Atenção Primária no Brasil, no período de 1999 a 2006. As tendências temporais revelaram mudanças positivas na evolução das taxas de internações por asma e gastroenterites infecciosas e negativas nas internações por pneumonia.

Assim, esses achados podem contribuir para o processo de avaliação do desempenho do sistema de saúde e da estratégia de saúde da família nos territórios pesquisados e apontam para a necessidade de priorização de Atenção Primária resolutiva e de qualidade.

As principais causas de mortalidade proporcional dos municípios selecionados de todas as regiões foram as doenças mal definidas, seguidas das cerebrovasculares como a segunda maior, exceto na região Centro-oeste, onde os suicídios por armas de fogo e outras causas consistem na primeira causa, sendo a terceira causa as doenças mal definidas, apresentando-se maior no terceiro quadriênio. Nas demais regiões verificou-se tendência decrescente.

A redução da mortalidade proporcional ao longo dos quadriênios por causa mal definida pode ser atribuída à melhoria da capacidade diagnóstica, à presença de políticas públicas e de iniciativas para estimular o registro e ao preenchimento correto das causas do óbito nos pequenos municípios.

Segundo o Ministério da Saúde, observa-se uma tendência geral de redução progressiva da proporção de causas mal definidas, indicando melhoria qualitativa das estatísticas de mortalidade. Não obstante, as causas mal definidas ainda se mantêm em patamares elevados, sobretudo nas regiões Nordeste e Norte.³⁸

Verificou-se uma queda no aumento do risco da mortalidade proporcional por causas mal definidas. Comparativamente, a tendência de redução também ocorreu na média nacional, que se encontra no patamar de 7%. Na última década (2000-2010), a proporção da mortalidade por causas mal definidas no Brasil permaneceu em diminuição gradativa, passando de 14% no início do período para cerca de 7% em 2009.³⁸

Ademais, a mortalidade proporcional por IAM é a terceira causa nos municípios da região Nordeste e a quarta nas regiões Sudeste e Sul. Na região Sudeste, as doenças hipertensivas apresentam-se como a terceira causa. Esses achados podem refletir a ocorrência de diagnóstico tardio nesses territórios.

No Brasil, as cinco principais causas específicas de morte em 2013 foram as DCV, IAM, pneumonias, diabetes e homicídios. As DCV lideraram a lista em nível mundial, sendo a doença isquêmica do coração e o acidente vascular cerebral as que mais matam nos últimos anos. Considerado o principal

grupo de causas de morte no Brasil, em todas as regiões e para ambos os sexos, citamos as doenças do aparelho circulatório, as DCV e IAM, que continuam em posição de liderança desde 2000.³⁹

Quanto à tendência de aumento da mortalidade proporcional por doenças crônicas não transmissíveis, atribuem-se à transição epidemiológica, à questão do diagnóstico tardio e à aproximação dos estilos de vida das pessoas que vivem em pequenos municípios com o das grandes cidades.

Os homicídios e os suicídios por arma de fogo e outras causas responderam, respectivamente, pela terceira e quarta causa na região Norte e, como, a quinta e primeira na região Centro-oeste. Esses eventos podem revelar os conflitos da luta pela terra, a presença de aldeias indígenas e de garimpo, situações características dessas regiões.

Entretanto, as causas externas no País representam a terceira causa de morte na população geral, sendo a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 14 anos e acima de 40 anos. Entre as violências, os homicídios são a primeira causa de morte na faixa etária de 15 a 35 anos, com 64,2% dos acidentes e 70,4% das violências registradas na população masculina.³⁹

Em 2013, foram registrados 10.533 suicídios (considerados indivíduos acima de 5 anos de idade), sendo 78,9% de homens e 21,1% de mulheres. A taxa de mortalidade por suicídio teve crescimento de 30,5% no período de 2000 a 2013 e variou de 4,3 suicídios por 100 mil habitantes em 2000 para 5,7 suicídios por 100 mil habitantes em 2013.³⁹

Nos últimos anos, as doenças não transmissíveis têm sido a principal causa de morte no mundo, apresentando tendência crescente, sendo responsáveis por 60% das mortes em 2000 e por 68% em 2012. No Brasil, em 2013, houve predomínio das doenças não transmissíveis (73%) e importante carga de mortes por causas externas, predominantes no sexo masculino (uma a cada cinco mortes), representando a principal causa de morte dependendo da faixa etária.³⁹

Neste contexto, o conhecimento dos territórios propiciou delinear a tipologia da cada unidade de pesquisa e, especialmente, preparar minuciosamente o caminhar metodológico no trabalho de campo.

As cartografias operacionalizadas nos municípios resultaram na construção dos mapas cartográficos dos territórios e de acesso aos serviços de saúde, plano de ação e proposta de arranjos de atenção à saúde para os territórios, os quais foram devolvidos aos coletivos participantes.

Concomitante, realizaram-se entrevistas individuais locais e nacionais, observação participante e anotações no diário de campo, onde se registrou a memória das idas e vindas aos territórios, bem como a compreensão e percepção da autora sobre as dimensões de situações provocadoras dos problemas nos territórios, a cotidianidade, a experiência e a vivência local.

Considerações Finais

Ao concluir o artigo, considera-se que as escolhas, trilhas e tramas percorridas carregam condicionalidades e achados que iluminaram o desenvolvimento e completude do trabalho.

Evidencia-se a aleatoriedade da seleção das unidades de análise, que representam realidades completamente diferentes. Durante o processo de escolha, não houve preferência e conveniência, o que assegurou a imparcialidade política e ideológica e, sobretudo, o conhecimento da realidade tal qual ela se apresenta. Todavia, este procedimento alargou o período de

convencimento e conquista da confiança dos atores partícipes, mas, em contrapartida, permitiu a experiência em territórios singulares quanto ao acesso aos serviços de saúde e outras demandas.

Os achados referentes às informações gerais, à capacidade de dispositivos de saúde e ao perfil de morbimortalidade dos territórios podem contribuir para o dimensionamento da Atenção Básica e parcerias, permitindo, assim, o acesso dessas populações.

Após o término de cada cartografia, os produtos construídos nos territórios, bem como os planos de ação e as propostas dos arranjos de saúde foram devolvidos aos coletivos participantes. Presume-se que estas proposições poderão apoiar demandas e lutas dessas comunidades.

A definição do universo, do tamanho da pesquisa e da distância geográfica devem ser avaliadas cuidadosamente, relacionando-os com os recursos financeiros disponíveis, o longo processo para aprovação no comitê de ética, o apoio técnico e a temporalidade de término da pesquisa. Somente durante o ato das práticas na operacionalização das etapas de investigação é que se torna possível perceber a relevância dessas variáveis que determinam o sucesso ou não da conclusão do estudo.

Essa experiência contribuiu para reafirmar a minha caminhada profissional, compromissada com a luta dessas populações pelo acesso equitativo em saúde, que acredito ser um imperativo ético para todos sanitaristas.

Referências

- ¹Bourdieu P. O Poder simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989. Trad. Fernando Tomaz. Coleção Memória e Sociedade
- ²Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
- ³Penchanszky DBA, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, 19:127-140, 1981.
- ⁴Silva JES, Medina MG, Aquino R, Fonseca ACF, Vilas-Boas ALQ. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. 2011; 10 (Suppl) 1:49-60.
- ⁵Denzin N K, Lincoln Y S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: Denzin N K, Lincoln Y S. (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 15-41.
- ⁶Vieira MMF, Zouain DM. *Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2005.
- ⁷Creswell JW. *Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed; 2007
- ⁸Diehl A. *Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas*. São Paulo: Prentice Hall; 2004.

- ⁹Godoy AS. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. *Rev Eletrônica Gestão Organizacional*. 2005 mai/ago; 3(2):81-89.
- ¹⁰Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13.ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
- ¹¹Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 6.ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.
- ¹²Habermas J. Teoria de la acción comunicativa: complementos y estudios previos. Madrid: Cátedra; 1982.
- ¹³Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa; 2014. 45p. (Pós-Graduação)
- ¹⁴Cochran WG. Sampling Techniques. 3.ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
- ¹⁵Goode WJ, Hatt PK. Métodos em pesquisa social. 7.ed. São Paulo: Ed. Nacional; 1977. Trad. Carolina Mastuscelli Bori.
- ¹⁶Kirst PG., Giacomel, AE., Ribeiro, CJS., Costa LA., Andreoli GS. Conhecimento e cartografia: tempestade de possíveis. In: Fonseca MG., Kirst PG (Orgs.). Cartografias e devires: a construção do presente. Porto Alegre: UFRGS; 2003. p. 91-101.
- ¹⁷Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2005.
- ¹⁸Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83 (4):691-729.
- ¹⁹Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. 2000; 51 (11):1611-1625.
- ²⁰Pasarín M I. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria*. 2007; 39(8):395-401.
- ²¹Lee JH. Development of the Korean primary care assessment tool-measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care*. 2000; 21(2):103-11.
- ²²Harzheim E, Duncan B, Stein A. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research*. 2006;6 (156):1-13.
- ²³Oliveira MMC. Teoria da resposta ao item: aplicação na avaliação de orientação para atenção primária à saúde [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
- ²⁴Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: Starfield B, organizadora. Atenção primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde; 2002. p.207- 245.
- ²⁵Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [Tese]. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.
- ²⁶IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. 137p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, 35)
- ²⁷Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- ²⁸Ministério da Saúde (BR). Departamento da Atenção Básica. Portal da Saúde [Internet]. Brasília: MS; 2015 [citado em 2016 Set 25]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
- ²⁹Ministério da Saúde (BR). Mapa de Saúde [Internet]. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS; 2016 [citado em 2016 Out 30]. Disponível em: <http://mapadasaude.saude.gov.br>
- ³⁰Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev*. 2006;63(6):719-41. DOI:10.1177/1077558706293637.
- ³¹Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol Serv Saude*. 2010;19(1):61-75.
- ³²Ministério da Saúde (BR). Sistema de Gerenciamento de Programas. Programa Mais Médicos [Internet]. Brasília: MS; 2016 [citado em 2016 Set 28]. Disponível em: <https://maismedicos.saude.gov.br/>
- ³³Ministério da Saúde (BR). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [Internet]. Brasília: MS; 2014 [citado em 2016 Out 30]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.
- ³⁴Vanderlei LCM, Silva GAP. Diarréia aguda: o conhecimento materno sobre a doença reduz o número de hospitalizações nos menores de dois anos? *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50(3): 267-81.
- ³⁵Genser B, Strina A, Santos LA, Teles CA, Prado MS, Cairncross S, et al. Impact of a city-wide sanitation intervention in a large urban centre on social, environmental and behavioural determinants of childhood diarrhoea: analysis of two cohort studies. *Int J Epidemiol* 2008; 37:831-40.
- ³⁶Bastos RMR, Campos SEM, Ribeiro LC, Filho MGB, Teixeira MTB. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(6):958-967.
- ³⁷Moura BLA et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10 (1): 83-91.
- ³⁸Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: MS; 2010.
- ³⁹Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, 2015.

Caracterização da amostra de municípios selecionados, 2013, Tabela 1.

UF	Município	Pop2010	% P o p Urbana	% P o p Rural	Pop M	Pop F	Dist. km Cap/ Mun
AL	MATA GRANDE	24698	22,97	77,03	12332	12366	287
AM	AAPIRANGA	10975	46,83	53,17	5812	5163	135
	MAZAGÃO	17032	48,57	51,43	8974	8058	33,7
BA	MALHADA DE PEDRAS	8468	38,19	61,81	4322	4146	575
MG	BONITO DE MINAS	9673	22,84	77,16	4995	4678	643
MG	SÃO SEBASTIÃO DO MARANHÃO	10647	30,53	69,47	5371	5276	366
MG	SERRA AZUL DE MINAS	4220	40,52	59,4	2121	2099	273
MS	TACURU	10215	36,88	63,12	5274	4941	420
MT	NOVA NAZARÉ	3029	36,94	63,06	1565	1464	714
MT	PORTO ESTRELA	3649	40,18	59,82	1903	1746	179
PA	CACHOEIRA DO PIRIÁ	26484	20,89	79,11	13720	12764	255
PB	NAZAREZINHO	7280	43,74	56,26	3631	3649	461
PR	DOUTOR ULYSSES	5727	16,22	83,78	2980	2747	132
PR	LARANJAL	6360	31,93	68,07	3236	3124	418
RS	DOM FELICIANO	14380	23,18	76,82	7398	6982	172

Fonte: Atlas PNUD, 2013 (adaptado).

Caracterização da amostra de municípios selecionados, 2013, Tabela 2.

UF	Município	Esperança de Vida ao Nascer	Taxa Fec Total	M o r t Infantil até 1 ano	% de Água Esgoto inadequados	% de Renda do Trabalho	PEA de 18 a ou +
AL	MATA GRANDE	66,1	2,89	43,6	29,17	46,86	8394
							3275
AM	CAAPIRANGA	71,5	4,05	21,4	32,74	80,80	
							5382
AP	MAZAGÃO	70,5	4,54	23,3	53,72	78,15	
							3281
BA	MALHADA DE PEDRAS	69,8	1,88	27,9	33,42	51,37	
							3365
MG	BONITO DE MINAS	71,6	2,47	21,2	5,22	49,15	
							3746
MG	SÃO SEBASTIÃO DO MARANHÃO	73,9	2,23	17,0	19,80	57,27	
							1260
MG	SERRA AZUL DE MINAS	73,6	2,43	17,6	17,87	61,18	
							3300
MS	TACURU	71,9	3,32	23,7	30,05	70,33	
							990
MT	NOVA NAZARÉ	72,6	2,75	19,4	0,73	74,89	
							1040
MT	PORTO ESTRELA	73,2	2,47	18,2	11,82	70,73	
							7673
PA	CACHOEIRA DO PIRIÁ	71,7	3,52	22,0	75,78	69,18	
							2053
PB	NAZAREZINHO	69,8	2,31	27,9	10,19	38,94	
							2215
PR	DOUTOR ULYSSES	72,5	2,30	16,4	0,97	64,85	
	*						2568
PR	LARANJAL	72,4	2,89	16,5	10,21	71,35	
							6882
RS	DOM FELICIANO	74,1	2,05	14,0	0,32	70,01	

Fonte: Atlas PNUD, 2013 (adaptado).

Cobertura Populacional da Atenção Básica e Números de ESF e ESB por municípios selecionados, 2014, Tabela 3.

UF	MUNICÍPIO	EST. POP. COBERTA	Nº ESF	COBERTURA POP. AB %	Nº ESB
AL	Mata Grande	20.700	6	84,7	3
AM	Caapiranga	11.303	5	100	2
AP	Mazagão	13.800	4	77,6	4
BA	Malhada de Pedras	8.389	4	100	2
MG	Bonito de Minas	9.947	5	100	3
MG	São Sebastião do Maranhão	10.350	3	98,5	2
MG	Serra Azul de Minas	4.224	2	100	2
MS	Tacuru	10.350	3	99,1	2
MT	Nova Nazaré	3.187	2	100	1
MT	Porto Estrela	3.490	2	100	2
PA	Cachoeira de Piriá	24.150	7	85,8	6
PB	Nazarezinho	7.252	3	100	3
PR	Doutor Ulysses	5.686	2	100	2
PR	Laranjal	6.257	2	100	1
RS	Dom Feliciano	6.900	2	47,6	0

Fonte: DAB-SAS/MS, 2014.

Ordem de Frequência de Condições Sensíveis à Atenção Primária-(ICSAP) de municípios selecionados por região, 2004-2015, Tabela 4.

MUNICÍPIO-UF	NOVA NAZARÉ/MT	PORTO ESTRELA-MT	TACURUMS	MATA GRANDE-AL	MALHADA DE PEDRAS-BA	NAZAREZINHO-PB	CAAPIRANGA-AM	MAZAGÃO-AP	CACHOEIRA DO PIRIÁ-PA	BONITO DE MINAS-MG	SÃO SEBASTIÃO DO MA-MG	SERRA AZUL DE MINAS-MG	DOUTOR ULISSES-PR	LARANJAL-PR	DOM FELICIANO-RS
GRUPO DE CAUSAS															
1. Doenças preveníveis p/ imuniz/condições sensíveis						10 ^a	7 ^a	2 ^a	10 ^a						
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	2 ^a	4 ^a	3 ^a	1 ^a	3 ^a	2 ^a	3 ^a
3. Anemia						10 ^a									
4. Deficiências Nutricionais	4 ^a	10 ^a	7 ^a	3 ^a									6 ^a		5 ^a
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	10 ^a														
6. Pneumonias bacterianas	9 ^a		4 ^a	2 ^a	10 ^a					2 ^a	2 ^a	4 ^a			6 ^a
7. Asma	3 ^a	2 ^a	5 ^a	9 ^a	3 ^a	4 ^a	9 ^a		9 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	5 ^a	5 ^a	9 ^a
8. Doenças Pulmonares	2 ^a	6 ^a	2 ^a		6 ^a	2 ^a	8 ^a	10 ^a	10 ^a	9 ^a	5 ^a	7 ^a	2 ^a	1 ^a	1 ^a
9. Hipertensão		7 ^a	9 ^a	4 ^a	5 ^a	8 ^a	4 ^a		4 ^a	8 ^a		8 ^a	10 ^a	8 ^a	
10. Angina					10 ^a	7 ^a								10 ^a	10 ^a
11. Insuficiência Cardíaca	5 ^a	3 ^a	6 ^a	7 ^a	3 ^a	3 ^a	10 ^a	6 ^a		1 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a	3 ^a	2 ^a
12. Doenças cerebrovasculares	8 ^a	4 ^a		10 ^a	2 ^a	5 ^a	8 ^a	5 ^a	6 ^a	3 ^a	4 ^a	6 ^a	7 ^a	6 ^a	7 ^a
13. Diabetes melitus	7 ^a	5 ^a	10 ^a	6 ^a	4 ^a	6 ^a	5 ^a	8 ^a	8 ^a	10 ^a	10 ^a	10 ^a	9 ^a	7 ^a	4 ^a
14. Epilepsias													8 ^a		
15. Infecção no rim e trato urinário	6 ^a	8 ^a	3 ^a	8 ^a	8 ^a	9 ^a	1 ^a	4 ^a	1 ^a	5 ^a	6 ^a	3 ^a	4 ^a	4 ^a	8 ^a
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	6 ^a	9 ^a	8 ^a	5 ^a	9 ^a		6 ^a	7 ^a	5 ^a	7 ^a					
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos					7 ^a		3 ^a	3 ^a	3 ^a	7 ^a	9 ^a	5 ^a			
18. Úlcera gastrointestinal										9 ^a	8 ^a	9 ^a	8 ^a	9 ^a	
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto			7 ^a				2 ^a	9 ^a	7 ^a						

Fonte: SIH/DATASUS-MS, 2016.

Mortalidade proporcional por causas comparativa por região e quadriênio de municípios selecionados, 2003-2014, Tabela 5.

REGIÃO		CENTRO-OESTE			NORDESTE			SUDESTE			SUL			NORTE		
		2007	2011	2003	2007	2011	2003	2007	2011	2003	2007	2011	2003	2007	2011	
2003		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2006		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		2010	2014	2006	2010	2014	2006	2010	2014	2006	2010	2014	2006	2010	2014	
Nº DE CAUSAS DETERMINADAS	D. cerebrovasculares	7,0%	6,2%	3,7%	6,6%	12,4%	7,3%	5,5%	6,6%	8,3%	9,5%	8,7%	10%	5,0%	6,7%	8,8%
	D. hipertensivas							2,9%	3,6%	5,5%				0,4%	0,2%	0,7%
	Infarto agudo do miocárdio	1,2%	0,3%	1,5%	4,6%	8,9%	7,3%	2,0%	3,2%	4,7%	7,5%	6,2%	8,2%	0%	0,2%	0,5%
	Neoplasias				0,8%	1,4%	2,6%	1,2%	2,2%	1,4%	3,3%	2,7%	6,5%	0%	0,29%	0,2%
	Suicídios por arma de fogo e outras causas	7,0%	5,7%	5,0%										2,1%	4,6%	5,0%
	Homicídios por arma de fogo e outras causas	1,8%	5,7%	2,2%	1,7%	3,0%	4,0%				1,9%	1,4%	1,5%	2,5%	5,6%	8,0%
	Bronquite, enfisema, asma.				0,4%	1,6%	2,0%				8,7%	10,4%	8,7%			
	Acidente de transporte terrestre	4,9%	5,1%	4,0%	3,0%	2,1	6,2%				1,6%	1,8%	2,3%	0,7%	1,0%	1,5%
	Diabete mellitus							1,0%	1,2%	0,7%						
	Pneumonias	0,6%	4,3%	4,0%				0,7%	0,8%	1,7%				3,2%	1,2%	3,2%
	Doenças infec intest	0,6%	0,3%	1,0%												
	Desnutrição	1,2%	0,8%	0,7%												
		Nº MAL DEFINIDAS	5,5%	3,0%	10,3%	36,6%	11,2%	7,0%	48,8%	44,2%	19,7%	14,2%	11,3%	6,4%	40%	28,%

Fonte: SIM-DATASUS/MS, 2016.