



ArticularRRAS  
CONDIÇÕES CRÔNICAS

## Eixo 1 - Análise Situacional

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	6
1. Análise situacional dos municípios (municípios selecionados).....	7
1.1. Demografia .....	12
1.2. Vulnerabilidade.....	14
1.3. Economia .....	17
1.4. Educação.....	18
1.5. Saúde .....	20
2. Análise situacional dos municípios (municípios que fizeram a adesão ao projeto).....	25
2.1. Demografia .....	26
2.2. Vulnerabilidade.....	27
2.3. Economia.....	29
2.4. Educação.....	30
2.5. Saúde .....	31
3. Conhecendo as Equipes de Saúde.....	37
3.1. Construção do instrumento .....	37
3.2. Aproximação com os municípios.....	39
3.3. Visita de apresentação.....	41
3.4. Oficina de trabalho – Construção do MLT e devolutiva da autoavaliação .....	44
3.5. Construção do Modelo Lógico Teórico.....	47
3.6. Avaliação dos usuários.....	51
4. Considerações finais.....	53

## LISTA DE FIGURA

<b>Figura 1.</b> Distribuição dos Quadriênios da Proporção de Hipertensos com Pressão Arterial Aferida no Estado de São Paulo. Botucatu, 2022. Elaboração própria. ....	20
<b>Figura 2.</b> Proporção de Usuários com Diabetes que Passaram por Consulta e Tiveram Exame de Hemoglobina Glicada Solicitado no Estado de São Paulo em 2019 e 2020. Botucatu, 2022. ....	21
<b>Figura 3.</b> Cobertura da Atenção Básica e das Equipes de Saúde da Família nos Municípios. Botucatu, 2022. ....	22
<b>Figura 4.</b> Mortalidade Prematura por Doenças do Aparelho Circulatório e Diabetes Mellitus no Estado de São Paulo (2015-2020). Botucatu, 2022. ....	22
<b>Figura 5.</b> Evolução da Proporção de Usuários Hipertensos que tiveram a sua Pressão Arterial aferida em Consulta , para o estado de SP nos anos 2019-2022 Botucatu, 2023. ....	32
<b>Figura 6.</b> Evolução da Proporção de Usuários Diabéticos que tiveram o exame de Hemoglobina Glicada em Consulta, para o estado de SP nos anos 2019-2022. Botucatu, 2023 .....	33
<b>Figura 7.</b> Evolução mensal da Cobertura da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família Proporção de Usuários Diabéticos que tiveram o exame de Hemoglobina Glicada em Consulta, estado de SP, 2020. Botucatu, 2023. ....	33
<b>Figura 8.</b> Evolução mensal da Cobertura da Atenção Primária à Saúde, estado de SP, 2021-2022. Botucatu, 2023. ....	34
<b>Figura 9.</b> Evolução mensal da Cobertura da Atenção Primária à Saúde, estado de SP, 2021-2022, Botucatu, 2023. ....	35
Figura 10. Percurso metodológico para a realização do painel de especialistas. 2023. Fonte: Elaboração própria. ....	38
<b>Figura 11.</b> Dimensões e critérios de avaliação. 2023. Fonte: Elaboração própria. ....	39
<b>Figura 12.</b> Modelo lógico teórico, construído através do momento lúdico. Botucatu, 2022. ....	45
<b>Figura 13.</b> Modelo Lógico de Trabalho (MLT) para o Cuidado de Pessoas com Condições Crônicas nos municípios do projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2024. ....	48

## LISTA DE QUADRO

<b>Quadro 1.</b> Apresentação dos 70 municípios que compuseram a análise situacional do projeto “Formação em DCNT no estado de SP – ArticulaRRAS”, Botucatu-2022. ....	7
<b>Quadro 2.</b> Relação de dimensões avaliadas e respectivos dados/indicadores sistematizados para os 70 municípios selecionados para o projeto “Formação em doenças Crônicas no estado de SP – ArticulaRRAS. Botucatu, 2022. ....	9
<b>Quadro 3.</b> Relação de dimensões avaliadas e respectivos dados/indicadores sistematizados para os 37 municípios participantes do projeto “Formação em doenças Crônicas no estado de SP – ArticulaRRAS. Botucatu, 2023. ....	25
<b>Quadro 4.</b> Relação dos municípios com até 45% de prevalência de Obesidade utilizando o indicador IMC/Idade (SISVAN, 2021), selecionados para a segunda chamada do projeto ArticulaRRAS - DCNT - SP. Botucatu, 2021. ....	41
<b>Quadro 5.</b> Municípios participantes das oficinas realizadas na primeira rodada ArticulaRRAS. Botucatu, 2023. ....	42
<b>Quadro 6.</b> Municípios participantes das oficinas realizadas na segunda rodada ArticulaRRAS. Botucatu, 2022. ....	46
<b>Quadro 7.</b> Lista de Municípios e número de instrumentos PCATool aplicados nos municípios do projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2023. ....	52

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1.</b> Características demográficas dos 70 municípios mapeados pelo projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2022. ....	13
<b>Tabela 2.</b> Análise dos Indicadores de Transferência de Renda e Extrema Pobreza (Janeiro 2020 a Janeiro 2021) nos 70 Municípios dos 70 municípios mapeados pelo projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2022 .....	15
<b>Tabela 3.</b> Distribuição dos 70 Municípios Mapeados pelo Projeto ArticulaRRAS Segundo a Classificação do SEADE. Botucatu, 2022.....	18
<b>Tabela 4.</b> Percentual de Recurso do PNAE Destinado à Compra de Alimentos da Agricultura Familiar ) nos 70 Municípios dos 70 municípios mapeados pelo projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2022. ....	19
<b>Tabela 5.</b> Análise do Estado Nutricional de Crianças de 0 a 4 anos no Estado de São Paulo: Dados do SISVAN. Botucatu, 2022. ....	23
<b>Tabela 6.</b> Distribuição do Índice de Massa Corporal (IMC) por Faixa Etária no Estado de São Paulo. Botucatu, 2022. ....	24
<b>Tabela 7.</b> Características demográficas dos 37 municípios que aderiram ao projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2023. ....	26
<b>Tabela 8.</b> Análise de vulnerabilidade dos 37 municípios que aderiram ao projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2023. ....	28
<b>Tabela 9.</b> Distribuição dos 37 municípios que aderiram ao projeto ArticulaRRAS. Botucatu, segundo a classificação do Índice de responsabilidade social (IPRS), Botucatu, 2023.....	30
<b>Tabela 10.</b> Distribuição dos 37 municípios que aderiram ao projeto ArticulaRRAS. Botucatu, segundo a faixa percentual de compra dos gêneros alimentícios advindos da Agricultura Familiar, utilizando recurso repassado pelo PNAE, Botucatu, 2023.....	31
<b>Tabela 11.</b> Distribuição das avaliações e estado nutricional dos usuários atendidos pela atenção primária à saúde no estado de São Paulo, nas respectivas fases da vida. SISVAN, 2021, Botucatu, 2023. ....	35

## APRESENTAÇÃO

O primeiro Eixo do projeto ArticulaRRAS foi concebido com o propósito de conduzir uma análise situacional dos municípios, visando subsidiar a interação com os mesmos e orientar a formulação ou adaptação do processo de capacitação, além de contribuir para a disseminação e interpretação do conhecimento.

O primeiro tópico, denominado análise situacional dos Municípios Seleccionados, foi o ponto de partida do projeto e teve início durante o período de isolamento social da COVID-19, em 2021, e envolveu a obtenção e análise de dados secundários provenientes de fontes federais e estaduais. Inicialmente, estava prevista a análise dos dados de 66 municípios, no entanto, devido solicitação dos próprios municípios, mais 4 municípios foram incluídos, ampliando o número inicial para 70 municípios. Entre os dados analisados e apresentados no relatório, incluem-se dados e indicadores organizados em 6 dimensões: Vulnerabilidade, Demografia, Economia, Educação, Saúde e Ambiente Saudável.

O segundo tópico, denominado análise situacional dos Municípios que fizeram a adesão ao projeto, teve início no segundo semestre de 2022 e foi elaborado, pois, após a conclusão dos contatos e convites aos gestores, apenas 37 municípios aderiram ao projeto. Dessa forma, uma nova seleção de dados e indicadores secundários foi realizada exclusivamente para estes municípios.

O terceiro, e último, tópico corresponde à aproximação com as equipes de saúde, sendo um processo essencial para estabelecer vínculos entre a equipe do projeto e os profissionais em cada um dos municípios. Neste tópico, descrevem-se as etapas envolvidas na construção e validação do instrumento AuditRRAS, utilizado para diagnosticar a prática de trabalho dos profissionais de saúde. Além disso, são detalhadas as visitas *in loco* de apresentação do projeto aos profissionais e as oficinas realizadas para a construção do Modelo Lógico.

Por fim, como complemento à análise situacional, foi conduzida uma avaliação da qualidade do serviço prestado a partir das perspectivas dos usuários de saúde. Isso foi realizado por meio da aplicação da versão reduzida do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool), adaptada para o contexto brasileiro e previamente validada.

## 1. Análise situacional dos municípios (municípios selecionados)

Responsáveis: Flávia Negri e Karina Rubia Nunes

O trabalho de análise situacional dos municípios ocorreu através do acesso aos dados secundários e foi o primeiro a ser realizado pela equipe, tendo seu início em janeiro de 2021, considerando que o país ainda estava vivendo o isolamento social devido à pandemia da COVID-19. O trabalho remoto de sistematização dos dados ocorreu utilizando bases de dados federais e estaduais, com emissão de relatórios públicos. É importante ressaltar que nenhum dos dados apresentados neste relatório foi extraído de sistemas municipais, sendo todos eles desidentificados e classificados como dados secundários. O quadro 1 enumera os 66 municípios selecionados por meio do edital do presente projeto, cujos dados e indicadores foram sistematizados. Adicionalmente, foram incorporados outros 4 municípios que já haviam solicitado apoio ao Centro de Ciência, Tecnologia e Inovação para Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional da UNESP (INTERSSAN) para análise de sua situação em relação à obesidade/desnutrição. Considerando que não seria dispendioso para a equipe, o total de municípios analisados foi ampliado para 70.

Vale ressaltar que todos os municípios foram contatados, visitados e que posteriormente alguns optaram por desistir da participação do projeto. Todavia, nesse nesta etapa todos os 70 municípios previamente selecionados tiveram seus dados e indicadores sistematizados. A planilha original contendo esses dados, em formato Excel (.xlsx), está disponível para acesso no site do projeto ([Clique aqui](#)).

**Quadro 1.** Apresentação dos 70 municípios que compuseram a análise situacional do projeto “Formação em DCNT no estado de SP – ArticulaRRAS”, Botucatu-2022.

RRAS	Região da Saúde	Regionais de Saúde	Município
RRAS01	Grande ABC	DRS I - Grande São Paulo	Santo André
RRAS02	Alto do Tietê	DRS I - Grande São Paulo	Arujá
RRAS03	Franco da Rocha	DRS I - Grande São Paulo	Caieiras
RRAS04	Mananciais	DRS I - Grande São Paulo	São Lourenço da Serra
RRAS05	Rota dos Bandeirantes	DRS I - Grande São Paulo	Carapicuíba
RRAS07	Baixada Santista	DRS IV - Baixada Santista	Praia Grande
RRAS07	Vale do Ribeira	DRS XII - Registro	Ilha Comprida
RRAS07 (GP)	Vale do Ribeira	DRS XII - Registro	Cananéia
RRAS07 (GP)	Vale do Ribeira	DRS XII - Registro	Iguape
RRAS07 (GP)	Vale do Ribeira	DRS XII - Registro	Eldorado
RRAS07 (GP)	Vale do Ribeira	DRS XII - Registro	Iporanga
RRAS08	Sorocaba	DRS XVI - Sorocaba	Salto de Pirapora
RRAS08	Itapetininga	DRS XVI - Sorocaba	Capão Bonito
RRAS08	Itapeva	DRS XVI - Sorocaba	Itaóca
RRAS09	Vale do Jumirim	DRS VI - Bauru	Sarutaiá
RRAS09	Polo Cuesta	DRS VI - Bauru	Anhembi
RRAS09	Bauru	DRS VI - Bauru	Arealva
RRAS09	Jau	DRS VI - Bauru	Itaju

RRAS09	Lins	DRS VI - Bauru	Uru
RRAS10	Marília	DRS IX - Marília	Guarantã
RRAS10	Adamantina	DRS IX - Marília	Pacaembu
RRAS10	Tupã	DRS IX - Marília	Parapuã
RRAS10	Assis	DRS IX - Marília	Assis
RRAS10	Assis	DRS IX - Marília	Tarumã
RRAS10	Tupã	DRS IX - Marília	Tupã
RRAS10	Marília	DRS IX - Marília	Lupércio
RRAS10	Ourinhos	DRS IX - Marília	Bernardino de Campos
RRAS11	Alta Paulista	DRS XI-Pres. Prudente	Paulicéia
RRAS11	Extremo Oeste Paulista	DRS XI-Pres. Prudente	Caiuá
RRAS11	Alta Sorocabana	DRS XI-Pres. Prudente	Martinópolis
RRAS11	Alto Capivari	DRS XI-Pres. Prudente	Quatá
RRAS11	Pontal do Paranapanema	DRS XI-Pres. Prudente	Euclides da Cunha Paulista
RRAS12	Santa Fé do Sul	DRS XV – S. J. Rio Preto	Santa Fé do Sul
RRAS12	Jales	DRS XV – S. J. Rio Preto	Aspásia
RRAS12	Fernandópolis	DRS XV – S. J. Rio Preto	Mira Estrela
RRAS12	Votuporanga	DRS XV – S. J. Rio Preto	Nhandeara
RRAS12	São José do Rio Preto	DRS XV – S. J. Rio Preto	Potirendaba
RRAS12	José Bonifácio	DRS XV – S. J. Rio Preto	José Bonifácio
RRAS12	Catanduva	DRS XV – S. J. Rio Preto	Itajobi
RRAS12	Lagos do DRS II	DRS II - Araçatuba	Guaraçai
RRAS12	Central do DRS II	DRS II - Araçatuba	Araçatuba
RRAS12	Consórcios do DRS II	DRS II - Araçatuba	Penápolis
RRAS13	Alta Mogiana	DRS VIII - Franca	Aramina
RRAS13	Três Colinas	DRS VIII - Franca	Cristais Paulista
RRAS13	Alta Anhanguera	DRS VIII - Franca	Sales Oliveira
RRAS13	Vale das Cachoeiras	DRS XIII - Ribeirão Preto	Batatais
RRAS13	Aquífero Guarani	DRS XIII - Ribeirão Preto	São Simão
RRAS13	Horizonte Verde	DRS XIII - Ribeirão Preto	Pontal
RRAS13	Norte do DRS III	DRS III - Araraquara	Matão
RRAS13	Centro Oeste do DRS III	DRS III - Araraquara	Itápolis
RRAS13	Central do DRS II	DRS III - Araraquara	Trabiju
RRAS13	Coração do DRS III	DRS III - Araraquara	Descalvado
RRAS13	Central do DRS III	DRS III - Araraquara	Araraquara
RRAS13	Norte-Barretos	DRS V - Barretos	Olímpia
RRAS13	Sul-Barretos	DRS V - Barretos	Taquaral
RRAS14	Araras	DRS X - Piracicaba	Leme
RRAS14	Rio Claro	DRS X - Piracicaba	Corumbataí
RRAS14	Limeira	DRS X - Piracicaba	Cordeirópolis
RRAS14	Piracicaba	DRS X - Piracicaba	Charqueada
RRAS15	Rio Pardo	DRS XIV – S. J. Boa Vista	São Sebastião da Gramma
RRAS15	Mantiqueira	DRS XIV – S. J. Boa Vista	Espírito Santo do Pinhal
RRAS15	Baixa Mogiana	DRS XIV – S. J. Boa Vista	Itapira
RRAS15	Campinas	DRS VII - Campinas	Serra Negra
RRAS15	Campinas	DRS VII - Campinas	Indaiatuba
RRAS16	Bragança	DRS VII - Campinas	Pedra Bela
RRAS16	Jundiaí	DRS VII - Campinas	Jundiaí
RRAS17	Circuito da Fé-Vale Histórico	DRS XVII - Taubaté	Lorena
RRAS17	Vale do Paraíba-Região Serrana	DRS XVII - Taubaté	Campos do Jordão
RRAS17	Litoral Norte	DRS XVII - Taubaté	Ilhabela
RRAS17	Alto Vale do Paraíba	DRS XVII - Taubaté	Jacareí

Fonte: elaboração autor. Botucatu, 2022.

No projeto original, a sistematização foi planejada para atender às demandas estabelecidas no edital, contudo, a equipe considerou necessário incluir a sistematização de outros dados e indicadores que foram julgados relevantes para uma análise situacional abrangente dos municípios. Para iniciar a sistematização desses dados e indicadores, a

equipe organizou 6 dimensões a serem mapeadas, nomeadamente: Vulnerabilidade, Demografia, Economia, Educação, Saúde e Ambiente Saudável. No quadro 2, apresentamos as dimensões avaliadas, juntamente com o conjunto de dados e indicadores que compuseram cada dimensão para os 70 municípios selecionados.

**Quadro 2.** Relação de dimensões avaliadas e respectivos dados/indicadores sistematizados para os 70 municípios selecionados para o projeto “Formação em doenças Crônicas no estado de SP – ArticulaRRAS. Botucatu, 2022.

<b>Dimensão</b>	<b>Dado/Indicador</b>
<b>Demografia</b>	População total estimado 2020
	Densidade demográfica
	Grau de Urbanização
	Grau de Urbanização
	Classe de Urbanização
	Tipologia dos municípios
	Habitante por Domicílio
	Razão de Sexo
	<b>População por idade</b>
	0 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos
	20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos
	40 a 44 anos; 45 a 49 anos; 50 a 54 anos; 55 a 59 anos
	60 a 64 anos; 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79 anos
	80 a 84 anos; 85 a 89 anos; 90 anos e mais
<b>Economia</b>	PIB per capita
	Taxa População Ocupada
	Grupo IPRS
	IDHM
	Índice de Gini da renda domiciliar per capita segundo Município
	Rendimento Médio da População
<b>Vulnerabilidade</b>	Esgotamento sanitário adequado
	Famílias inscritas no Cadastro Único
	Famílias inscritas no Cadastro Único em situação de extrema pobreza
	Percentual de famílias inscritas no Cadastro Único em situação de extrema pobreza
	Quantidade de famílias em situação de rua cadastradas
	Quantidade de famílias pertencentes a comunidade de terreiro cadastradas
	Quantidade de famílias ciganas cadastradas
	Quantidade de famílias de agricultores familiares cadastradas
	Quantidade de famílias assentadas da reforma agrária cadastradas
	Quantidade de famílias acampadas cadastradas
	Quantidade de famílias de extrativistas cadastradas
	Quantidade de famílias de pescadores artesanais cadastradas
	Quantidade de famílias ribeirinhas cadastradas
	Famílias beneficiárias do PBF
	Idosos que recebem BPC por município pagador
Pessoas que receberam auxílio emergencial (P1 a P5)	

<b>Ambiente Saudável</b>	Quantidade de canais curtos de comercialização de alimentos orgânicos/agroecológico (feiras/grupos de consumo/comércios parceiros)
	Quantidade de Polos de Academias da Saúde
	Implantação do SISAN - Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional
	Implantação do SISAN - Lei Municipal de SAN
	Existência de equipamentos públicos de abastecimento de alimentos -Implementação de Equipamentos Públicos de SAN -
	Existência de iniciativas de Banco de Alimentos (pública/privada/terceiro setor)
	Quantidade de unidades do Programa Bom Prato
<b>Educação</b>	Número de escolas pactuadas pelo PSE que executam ações de Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e combate à obesidade infantil
	% do total de recurso do PNAE destinado à compra de gêneros alimentícios da AF
	Número de estudantes atendidos pelo PNAE
	Taxa de Analfabetismo (15 anos ou mais)
	Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade
	Número de estabelecimentos de ensino fundamental
	Número de estabelecimentos de ensino médio
<b>Saúde I</b>	<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>
	Criança - faixa etária de 0 a 5 anos e 5 a 10 anos
	Adolescente
	Adulto
	Idoso
<b>Saúde II</b>	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação
	Proporção de hipertensos com pressão arterial aferida
	Proporção de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada
	Taxa de cobertura da Atenção Básica (AB)
	Taxa de cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF)
	Taxa de acompanhamento de agenda de saúde (TAAS) <i>condicionalidade Bolsa Família</i>
<b>Saúde III</b>	<b>MORTALIDADE PREMATURA POR DCNT</b> (faixa etária: 30 a 69 anos)
	Taxa de mortalidade prematura por doenças do aparelho circulatório (I00-I99)
	Taxa de mortalidade prematura por diabetes mellitus (E10-E14)
<b>Saúde IV</b>	<b>Capacidade Instalada</b>
	Academia da saúde
	Central de regulação
	Central de regulação médica das urgências
	Centro de apoio a saúde da família-CASF
	Centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica
	Centro de atenção psicossocial-CAPS
	Centro de parto normal
	Centro de saúde/unidade básica de saúde
	Central de regulação de serviços de saúde
	Central de notificação, captação e distribuição. Órgãos estaduais
	Clínica especializada/ambulatório especializado

Consultório
Cooperativa
Farmácia
Hospital especializado
Hospital geral
Hospital dia
Laboratório central de saúde pública - LACEN
Laboratório de saúde pública
Policlínica
Oficina ortopédica
Posto de saúde
Pronto atendimento
Pronto socorro especializado
Pronto socorro geral
Secretaria de saúde
Serviço de atenção domiciliar isolado( <i>home care</i> )
Unidade de atenção à saúde indígena
Unidade de atenção em regime residencial
Unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia
Unidade de vigilância em saúde
Unidade mista
Unidade móvel de nível pre-hosp-urgência/emergencial
Unidade móvel terrestre
Telessaúde
Polo prev.de doenças e agravos e promoção da saúde
ESF- equipe de saúde da família
02 esfsb_m1 - ESF com saúde bucal - m I
03 esfsb_m2 - ESF com saúde bucal - m II
04 eacs - equipe de agentes comunitários de saúde
05 epen - equipe de at. Saúde sist. Penitenciário
06 nasf1 - núcleo de apoio a saúde da família-NASF modalidade 1
07 nasf2 - núcleo de apoio a saúde da família-NASF modalidade 2
08 emsi - equipe multidisciplinar Atenção Básica Saúde indígena
10 EACSSB_M1 - EQ AGENTES comunitários COM SAUDE BUCAL - MI
16 eab1 - equipe de atenção básica tipo i
17 eab2 - equipe de atenção básica tipo ii
18 eab3 - equipe de atenção básica tipo iii
19 eab1sb - equipe de atenção básica tipo i com saúde bucal
22 emad - equipe multidisciplinar de atenção domiciliar tipo i
23 emap - equipe multidisciplinar de apoio
24 esf1 - estratégia de saúde da família tipo i
33 esf4 - estratégia de saúde da família tipo iv
36 esftrans - esf transitória

	40 ecr MI - EQUIPE DOS CONSULTORIOS NA RUA MODALIDADE I
	41 ecr MII - EQUIPE DOS CONSULTORIOS NA RUA MODALIDADE II
	42 ecr MIII - EQUIPE DOS CONSULTORIOS NA RUA MODALIDADE III
	43 esb mi - equipe de saúde bucal modalidade i
	44 esb mii - equipe de saúde bucal modalidade ii
	45 nasf3 - núcleo de apoio a saúde da Família-NASF modalidade 3
	46 emad - equipe multidisciplinar de atenção domiciliar tipo ii
	47 ead - equipe de cuidados domiciliares
	51 eabp1sm - Equipe atenção básica prisional tipo i c saúde mental
	52 eabp2 - eq atenção básica prisional tipo ii
	53 eabp2sm - eq atenção básica prisional tipo ii c saúde mental
	70 esf - equipe de saúde da família
	71 esb - equipe de saúde bucal
	72 enasf-ab - eq núcleo ampliado saúde da família at. Primaria
	73 ecr - equipe dos consultórios na rua
	74 eabp - equipe de atenção primaria prisional
	75 emaesm - eq multiprof atenção especializada saúde mental
	76 eap - equipe de atenção primaria
ICSAP	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis 2
	Gastroenterites infecciosas e complicações
	Anemia
	Deficiências nutricionais
	Infecções de ouvido, nariz e garganta
	Pneumonias bacterianas
	Asma
	Doenças pulmonares
	Hipertensão
	Angina
	Insuficiência cardíaca
	Doenças cardiovasculares
	Diabetes mellitus
	Epilepsias
	Infecção no rim e trato urinário
	Infecção da pele e tecido subcutâneo
	Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos
	Úlcera gastrointestinal
	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto

Fonte: elaboração autor. Botucatu, 2022.

A seguir, serão apresentados os resultados detalhados para cada uma das dimensões analisadas: Demografia, Vulnerabilidade, Economia, Educação, Saúde e Ambiente Saudável.

### 1.1. Demografia

O primeiro trabalho de análise dos dados secundários para aproximação com os municípios, foi analisar o tamanho de cada município. Essa informação é de extrema relevância uma vez que já conhecemos as diferentes dinâmicas dos serviços de saúde que podem ser arrançadas nos territórios, de certa forma atreladas ao seu tamanho ou faixa populacional, na qual se encontra. Nessa primeira aproximação, compreendemos que aproximadamente 59% dos municípios possuem até 30 mil habitantes. A Tabela 1, apresenta a distribuição dos 70 municípios segundo a faixa populacional estabelecida. Ao olhar para o grau de urbanização pode-se observar que 57 municípios (81,7%) possuem o grau de sua urbanização maior que 80%.

**Tabela 1.** Características demográficas dos 70 municípios mapeados pelo projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2022.

<b>Faixa</b>	<b>Nº Absoluto</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Populacional</b>		
<10 mil Habitantes	21	30,0
10– 30 mil Habitantes	20	28,6
30 - 50 mil Habitantes	9	12,9
>50 - 100 mil Habitantes	9	12,9
>100 mil Habitantes	11	15,7
<b>Grau Urbanização</b>		
90 I- 100%	41	58,6
80 I- 90%	16	22,9
70 I- 80%	5	7,1
29 I- 70%	8	11,4
<b>Tipologia Municipal</b>		
Predominantemente Urbano	40	57,1
Intermediário Adjacente	9	12,9
Predominantemente Rural Adjacente	21	30,0

Fonte: elaboração autor. Botucatu, 2022. Faixa Populacional: População Estimada 2021-SEADE; Grau urbanização 2021 – SEADE; Tipologia Municipal 2017- IBGE.

No que diz respeito à classificação municipal, segundo o IBGE em sua tipologia de 2017, municípios predominantemente urbanos são aqueles com mais de 50 mil habitantes e áreas de ocupação densa, além de qualquer grau de urbanização. Adicionalmente, são considerados municípios predominantemente urbanos aqueles com população variando entre 25 e 50 mil habitantes em área densa, com grau de urbanização superior a 50%. Também se enquadram nessa classificação municípios com população de 10 a 25 mil habitantes em área densa, com grau de urbanização acima de 75%. Nos municípios avaliados pelo ArticulaRRAS mais da metade (57,1%) está classificado como municípios predominantemente urbanos.

Por outro lado, os municípios intermediários adjacentes representam aproximadamente 13% dos municípios (n=9). Esses municípios são caracterizados por terem uma população variando de 25 a 50 mil habitantes em área densa, com grau de urbanização entre 25 e 50%, ou possuírem população de 10 a 25 mil habitantes em área densa, com grau de urbanização entre 50 e 75%, ou ainda com população de 3 a 10 mil habitantes ocupando área densa, com grau de urbanização superior a 75%.

Os municípios predominantemente rurais são aqueles com menos de 10 mil habitantes e distribuição populacional em áreas densas inferiores a 75%. Dentre os municípios avaliados, 30% (n=21), são classificados como rurais adjacentes.

## **1.2. Vulnerabilidade**

Para analisar a dimensão de vulnerabilidade, a equipe de pesquisa utilizou a base de dados do Ministério da Cidadania – Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação – Vis Dat 3 Beta. Essa base de dados contém informações vinculadas ao Cadastro Único da Assistência Social, assim como outros programas relacionados ao Ministério da Cidadania. O tabulador pode ser visualizado pelo link ([VIS DATA 3 beta \(cidadania.gov.br\)](https://visdata3beta.cidadania.gov.br)). As informações dos 70 municípios foram sistematizadas com o objetivo de compreender a distribuição dos Programas de Transferência de Renda dentro desses municípios. É importante ressaltar que a capacidade do indivíduo de consumir alimentos de boa qualidade, contendo quantidades suficientes de macro e micronutrientes para a prevenção de DCNTs, está ligada à sua capacidade de compra. Ao analisar o município e entender como ocorre a distribuição dos beneficiários de Programas de Transferência de Renda, como o Auxílio Brasil (antigo Bolsa Família) e o Benefício de Prestação Continuada, é possível compreender a situação de vulnerabilidade dessas famílias.

Dessa forma, para essa análise, foram utilizados dados do relatório público do Vis Data 3, no período de janeiro de 2020 a janeiro de 2021 (um ano). Os dados incluíram informações como famílias inscritas no Cadastro Único, famílias inscritas no Cadastro Único em situação de extrema pobreza, famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família inscritas no Cadastro Único, e indivíduos que recebem Benefício de Prestação Continuada no município. As estimativas populacionais e a distribuição por faixa etária foram extraídas do SEADE: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados para o ano de 2021.

A Tabela 2 apresenta a análise dos indicadores para os 70 municípios. O indicador construído está baseado na cobertura dos benefícios de transferência de renda no total da população, na população da faixa etária ou mesmo na representatividade daquela população dentro do Cadastro Único dos municípios.

O primeiro indicador representa o percentual de indivíduos do município que estão inscritos no Cadastro Único. Na última linha da tabela pode-se visualizar que no estado de São Paulo 27,3% da população está cadastrada e recebem algum tipo de benefício, seja transferência de renda ou não. No conjunto dos municípios analisados, destaca-se Ilha Comprida com 80% dos seus municípios inscritos no Cadastro e em contrapartida, Jundiá com apenas 9,2% de municípios cadastrados.

**Tabela 2.** Análise dos Indicadores de Transferência de Renda e Extrema Pobreza (Janeiro 2020 a Janeiro 2021) nos 70 Municípios dos 70 municípios mapeados pelo projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2022

MUNICÍPIO	PERCENTUAL INDIVÍDUOS DO MUNICÍPIO INSCRITOS NO CADASTRO ÚNICO	PERCENTUAL FAMÍLIAS INSCRITAS NO CADASTRO ÚNICO EM EXTREMA POBREZA	PERCENTUAL INDIVÍDUOS DO MUNICÍPIO, EM EXTREMA POBREZA NO CADASTRO ÚNICO	PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS DO MUNICÍPIO QUE RECEBEM PBF	PERCENTUAL DE POPULAÇÃO IDOSA (>60 ANOS) DO MUNICÍPIO QUE RECEBE BPC
ANHEMBI	42,59	45,22	19,26	15,98	2,39
ARAÇATUBA	25,30	22,59	5,72	6,25	6,22
ARAMINA	31,15	38,00	11,84	9,48	2,57
ARARAQUARA	17,43	27,01	4,71	5,74	17,31
AREALVA	37,33	23,57	8,80	9,73	3,81
ARUJÁ	35,99	34,79	12,52	14,13	8,70
ASPÁSIA	63,29	18,34	11,61	11,39	1,14
ASSIS	21,10	19,02	4,01	6,26	4,48
BATATAIS	22,54	42,27	9,53	9,61	3,76
BERNARDINO DE CAMPOS	37,13	47,10	17,49	13,79	4,87
CAIEIRAS	20,37	20,07	4,09	5,56	7,94
CAIUÁ	41,59	60,89	25,32	21,69	1,19
CAMPOS DO JORDÃO	20,15	14,20	2,86	5,61	7,88
CANANÉIA	41,40	25,27	10,46	14,94	11,50
CAPÃO BONITO	55,29	35,94	19,87	23,67	8,89
CARAPICUÍBA	35,73	50,48	18,03	17,09	6,14
CHARQUEADA	24,28	60,82	14,77	11,75	3,63
CORDEIRÓPOLIS	27,79	22,51	6,25	7,17	3,41
CORUMBATAÍ	29,44	49,36	14,53	12,19	3,84
CRISTAIS PAULISTA	30,77	25,79	7,93	9,71	3,48
DESCALVADO	17,44	20,83	3,63	5,43	3,20
ELDORADO	49,18	33,32	16,39	21,83	9,42
ESPÍRITO SANTO DO PINHAL	15,35	34,85	5,35	5,83	3,42
EUCLÍDES DA CUNHA PAULISTA	58,07	36,67	21,30	24,07	3,61
GUARAÇAI	41,51	20,30	8,43	10,16	3,54
GUARANTÃ	44,61	58,49	26,09	19,72	3,65
IGUAPE	52,18	38,43	20,05	24,10	9,78
ILHA COMPRIDA	73,03	27,60	20,16	20,51	8,88
ILHABELA	22,37	24,63	5,51	6,46	8,49
INDAIATUBA	13,68	11,81	1,62	2,87	5,58
IPORANGA	64,54	48,00	30,98	29,40	3,94
ITAJOBÍ	21,36	37,65	8,04	8,06	4,45
ITAJU	25,84	25,68	6,64	7,46	2,35
ITAÓCA	56,11	55,46	31,12	34,53	4,21
ITAPIRA	18,40	37,88	6,97	6,94	3,46
ITÁPOLIS	8,93	25,71	2,30	3,32	2,16
JACAREÍ	22,37	27,41	6,13	8,30	4,44
JOSÉ BONIFÁCIO	16,65	6,04	1,01	3,52	5,63
JUNDIAÍ	8,89	30,08	2,68	3,35	3,07
LEME	25,87	15,01	3,88	6,15	5,28
LORENA	25,91	16,71	4,33	10,00	5,01
LUPÉRCIO	39,80	19,53	7,77	10,24	4,05

MARTINÓPOLIS	29,73	49,27	14,65	13,55	5,87
MATÃO	19,53	34,31	6,70	7,30	4,59
MIRA ESTRELA	37,25	12,38	4,61	6,84	5,12
NHANDEARA	27,00	25,57	6,90	6,95	5,54
OLÍMPIA	30,44	43,00	13,09	9,02	1,41
PACAEMBU	25,82	29,01	7,49	8,88	3,87
PARAPUÃ	42,04	41,21	17,33	15,67	5,07
PAULICÉIA	52,94	44,73	23,68	21,48	4,31
PEDRA BELA	31,69	40,32	12,78	12,95	2,46
PENÁPOLIS	19,05	37,74	7,19	7,99	3,57
PONTAL	20,04	31,55	6,32	8,67	3,86
POTIRENDABA	21,43	16,07	3,44	5,30	5,64
PRAIA GRANDE	16,73	25,79	4,31	6,01	6,81
QUATÁ	35,25	53,63	18,91	13,80	2,58
SALES OLIVEIRA	19,30	32,48	6,27	6,37	2,62
SALTO DE PIRAPORA	29,27	29,13	8,53	10,72	5,61
SANTA FÉ DO SUL	30,44	24,19	7,36	7,03	3,20
SANTO ANDRÉ	21,45	46,58	9,99	9,38	3,91
SÃO LOURENÇO DA SERRA	50,72	54,62	27,71	21,14	16,62
SÃO SEBASTIÃO DA GRAMA	21,66	8,68	1,88	4,06	3,50
SÃO SIMÃO	20,85	22,94	4,78	6,70	4,27
SARUTAIÁ	54,96	30,41	16,72	15,78	3,29
SERRA NEGRA	18,49	16,84	3,11	5,02	4,22
TAQUARAL	36,72	8,25	3,03	5,22	0,77
TARUMÃ	37,10	24,12	8,95	11,31	4,28
TRABIJU	58,41	58,10	33,94	22,47	1,44
TUPÃ	27,90	19,42	5,42	6,95	5,16
URU	38,59	45,76	17,66	19,06	2,27
UF-SP	26,44	36,29	9,60	9,71	5,75

Elaboração Autora-2022.

Fonte: Base de dados: Ministério da Cidadania - Vis Data 3 – Janeiro 2020-janeiro 2021 - Indivíduos inscritos no Cadastro Único, Famílias em Extrema Pobreza no Cadastro Único, Indivíduos em Extrema Pobreza Cadastro Único, Indivíduos inscritos Programa Bolsa Família, Idosos que recebem BPC por fonte pagadora; SEADE – 2021 - População estimada total, População estimada por faixa etária.

A análise da extrema pobreza em nível municipal só pode ser realizada através do Cadastro Único, uma vez que o indicador sistematizado pelo IBGE nos Censos Demográficos (último de 2010) não dispõe de amostragem para desagregação em nível municipal. Portanto, é crucial que os municípios desenvolvam estratégias para avaliar a extrema pobreza dentro de suas áreas. No estado de São Paulo, aproximadamente 36,3% das famílias inscritas no Cadastro Único estavam em situação de extrema pobreza. Ao observar os extremos, destaca-se que José Bonifácio apresenta apenas 6% e Caiuá cerca de 61% dos inscritos em situação de extrema pobreza. Esses valores refletem a distribuição da extrema pobreza entre os inscritos no Cadastro Único.

Para uma análise mais abrangente da extrema pobreza dentro do município, além das famílias cadastradas, é essencial utilizar a população municipal como referência, conforme proposto pelo terceiro indicador "Percentual de indivíduos inscritos no Cadastro Único em extrema pobreza". Nessa análise, o número de indivíduos cadastrados em extrema pobreza no Cadastro Único é comparado com a população estimada do

município. É importante ressaltar que essa análise considera apenas os municípios que declaram renda insuficiente em sua atualização no Cadastro Único. Conscientes de que existem indivíduos em diversas situações de vulnerabilidade, como populações de rua, desempregados e em extrema pobreza que não foram cadastrados pela assistência social do município, esses casos não são contemplados nessa avaliação. No estado de São Paulo, cerca de 10% da população está cadastrada em situação de extrema pobreza no Cadastro Único. José Bonifácio apresenta o menor percentual de população cadastrada em extrema pobreza (1%), enquanto Trabiju possui 34% de sua população em extrema pobreza dentro do Cadastro Único. É importante ressaltar que esse indicador se torna mais eficiente quando a assistência social consegue incluir todos os indivíduos em situação de vulnerabilidade em seu cadastro.

Quanto ao Programa Bolsa Família, que foi substituído pelo atual Auxílio Brasil e teve seu indicador substituído na plataforma, o período analisado compreende janeiro de 2020 a janeiro de 2021, estando disponível para análise. No estado de São Paulo, 9,7% da população recebe o benefício do Bolsa Família, com Indaiatuba apresentando o menor percentual de sua população beneficiada (2,87%), enquanto em Itaóca mais de 34,5% da população era beneficiária do Programa Bolsa Família.

Ao direcionar o olhar para a população idosa (> 60 anos) que recebe o benefício de Prestação Continuada, constata-se que o estado de São Paulo tem aproximadamente 6% de sua população idosa dependendo desse auxílio para a vida após a idade economicamente ativa. Taquaral apresenta cerca de 1% de sua população nesta condição, enquanto Araraquara conta com aproximadamente 17,3% da população idosa dependente do auxílio.

A aproximação com o Cadastro Único e a análise da distribuição dos auxílios de transferência de renda, assim como o cadastro em outros programas de transferência ou doação de alimentos, permitem que os municípios compreendam a situação de vulnerabilidade social de seus territórios. A dificuldade econômica impacta diretamente o poder de compra e escolha do tipo de alimento que uma família pode adquirir. Ao abordar doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), obesidade e desnutrição, os serviços de saúde precisam considerar a realidade econômica e social, pois o desfecho de saúde-doença está intrinsecamente ligado à condição de vida de uma família.

### **1.3. Economia**

Na dimensão econômica, a equipe utilizou indicadores frequentemente empregados na epidemiologia para compreender a condição econômica dos municípios. A Fundação SEADE utiliza o Índice de Responsabilidade Social (IPRS), um indicador composto, para analisar a distribuição de renda, longevidade e escolaridade. Em geral, o IPRS busca compreender não apenas a situação econômica de um município, mas também sua relação com a possibilidade de viver por muitos anos nesse local (interconexão com a saúde e como ela cuida desses indivíduos), e a escolaridade, que proporciona maior acesso ao

mercado de trabalho e mais conhecimento para orientar as condições de vida e saúde. A Tabela 3 apresenta a distribuição dos 70 municípios analisados pelo projeto de acordo com a classificação do SEADE. No conjunto dos municípios analisados, chama a atenção a classificação de Cananéia, Iguape, Euclides da Cunha Paulista e Lorena como "vulneráveis".

**Tabela 3.** Distribuição dos 70 Municípios Mapeados pelo Projeto ArticulaRRAS Segundo a Classificação do SEADE. Botucatu, 2022.

Classificação IPRS	Número Absoluto	Percentual
	N	%
Desiguais	7	10
Vulneráveis	4	5,7
Em Transição	18	25,7
Dinâmicos	13	18,6
Equitativos	28	40
Total	70	100

Elaboração: Autora, 2022. Fonte: SEADE, 2018.

Legenda: Desiguais: municípios com níveis de riqueza elevados, mas indicadores sociais insatisfatórios (longevidade e/ou escolaridade baixos); Dinâmicos: municípios com índice elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais (longevidade e escolaridade médio/alto); Em transição: municípios com baixos níveis de riqueza e indicadores intermediários de longevidade e/ou escolaridade (níveis baixos); Equitativos: municípios com baixos níveis de riqueza, mas bons indicadores sociais (longevidade e escolaridade médio/alto); Vulneráveis: municípios mais desfavorecidos no Estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais (longevidade e escolaridade baixos).

Ao analisar o Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios identificamos que o estado de São Paulo possui o índice de 0,783. No conjunto dos 70 municípios analisados a mediana encontrada para esse índice foi de 0,744, enquanto o menor valor encontrado pertence ao município de Pedra Bela (0,677) e o maior índice foi de Jundiá (0,822). O IDH mede o progresso de uma nação considerando três dimensões: rendimento, saúde e educação. O IDH-M mede o progresso no município e possibilita comparação com o mundo inteiro, lembrando que o valor 1 é a referência para um território de muito alto desenvolvimento. O Brasil possui um IDH de 0,759.

Já o Índice de Gini, que é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo, aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos, quanto mais próximo de um (1) maior é a concentração de riqueza naquele território. No grupo em análise o estado de São Paulo apresentou o índice de 0,526, enquanto o município com maior distribuição de riqueza do grupo foi Itaju (0,375) e a maior concentração ficou com Campos do Jordão (0,591).

#### 1.4. Educação

A análise da inserção das crianças e adolescentes no ambiente escolar permite compreender, indiretamente, o contexto ao qual esse grupo de munícipes está exposto durante a infância e adolescência. É amplamente reconhecido que os hábitos alimentares adquiridos nesses períodos tendem a perdurar ao longo da vida. Em muitas situações, a

escola representa não apenas um espaço educacional, mas também o principal, se não o único, local onde crianças em situação de vulnerabilidade social têm acesso a uma refeição completa e de qualidade, dado que o poder aquisitivo de suas famílias muitas vezes não é suficiente para garantir alimentos em quantidade e qualidade adequadas.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar, vigente desde a década de 60, é responsável por levar alimentos às crianças e o acompanhamento da sua execução possibilita conhecer como o município cuida da qualidade da sua merenda escolar. O indicador escolhido para apresentação dessa análise é o Percentual do Recurso do PNAE destinado à compra de gêneros alimentícios da Agricultura Familiar. O Lei N° 11.947, de 16 de junho de 2009 (Brasil, 2009), determina que os municípios precisam comprar no mínimo 30% dos produtos destinados a merenda escolar, vindos da agricultura familiar. Por um lado, essa determinação garante que a compra a ser realizada seja de alimentos em sua maioria *in natura*, de maior qualidade nutricional, por outro lado possibilita a subsistência dos agricultores familiares que optam por permanecer no campo.

Uma gestão comprometida com qualidade da alimentação das crianças que estão inseridas nas escolas municipais, precisa monitorar e melhorar o percentual de compra da agricultura familiar. No portal do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação-Ministério da Educação é possível acessar dados de aquisição da Agricultura Familiar para a alimentação escolar (2017, último ano disponível). O estado de São Paulo apresentou uma média de 14,85% do total das compras dos seus municípios oriundos da AF. Onze municípios não compraram nada da AF no ano de 2017, sendo eles: São Lourenço da Serra, Carapicuíba, Salto de Pirapora, Itaju, Quatá, Trabiju, Taquaral, Itapira, Campos do Jordão, Ilhabela, Jacareí), como pode ser visto na tabela xx. Vale destacar que na análise 28 municípios no ano de 2017 conseguiam comprar acima dos 30%, recomendado em decreto.

**Tabela 4.** Percentual de Recurso do PNAE Destinado à Compra de Alimentos da Agricultura Familiar ) nos 70 Municípios dos 70 municípios mapeados pelo projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2022.

Escala Compra	Número Absoluto (N)	Percentual (%)
não compram	11	15,7
<10%	8	11,4
10 - 20%	11	15,7
20 - 30%	12	17,1
>30%	28	40,0
Total	70	100%

Elaboração: Autora, 2022.

Outro indicador avaliado foi a Taxa de Analfabetismo sistematizada pelo IBGE nos Censos decenais. O analfabetismo está relacionado a desfechos desfavoráveis quando correlacionados com condições de pré-natal, parto, nascimento e primeira infância. De certa forma é possível realizar uma relação indireta entre a situação do município em relação as suas taxas de analfabetismo e a possibilidade de acessar o mercado de trabalho e gerar renda, bem como de cuidar da saúde. Nesta análise chama a atenção o município de Itaóca com a maior taxa de analfabetismo (17,9%) e os municípios de Jundiá e Santo

André com a menor taxa (2,9%) dentro do grupo avaliado. Para o estado de SP a taxa é de 2,6%.

### 1.5. Saúde

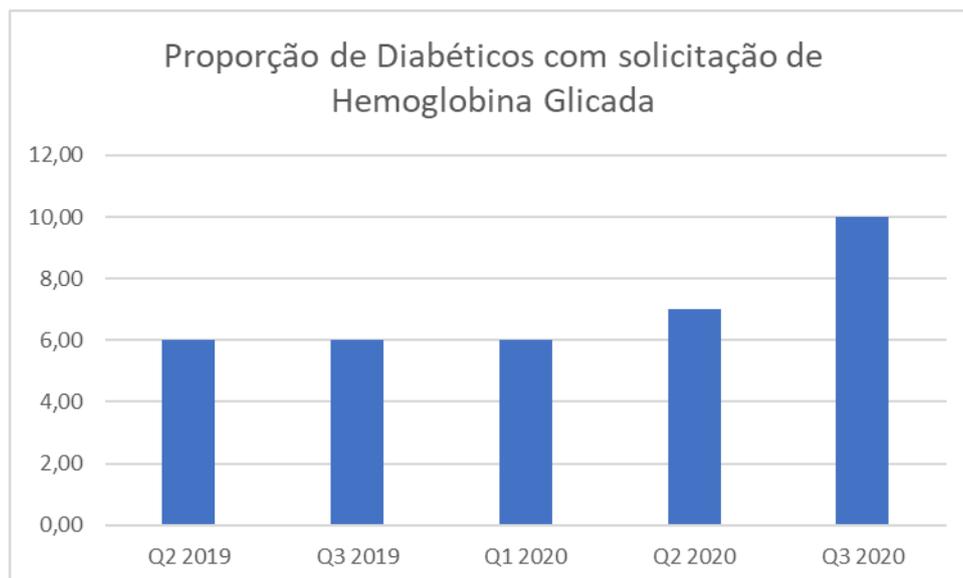
Na dimensão da saúde, a abordagem concentrou-se em indicadores amplamente empregados pelas equipes de saúde para avaliar a situação epidemiológica e o acompanhamento das condições de saúde da população. Um desses indicadores é a proporção de hipertensos com pressão arterial aferida, um importante parâmetro monitorado pelo programa Previnde Brasil, conforme estabelecido na Portaria nº3222, de 10 de dezembro de 2019. Na Figura 1, é apresentada a distribuição dos quadriênios desse indicador no estado de São Paulo.



**Figura 1.** Distribuição dos Quadriênios da Proporção de Hipertensos com Pressão Arterial Aferida no Estado de São Paulo. Botucatu, 2022. Elaboração própria.

A taxa de acompanhamento da pressão arterial dos usuários da atenção primária, essencial para o controle de condições crônicas, variou entre 3% e 4% nos anos de 2019 e 2020. Entre os 70 municípios analisados pelo projeto, alguns se destacaram com cobertura superior à média do estado de São Paulo. Em 2019, municípios como Mira Estrela, Itajobi, Uru e Parapuã registraram cobertura acima de 30%. No ano seguinte, em 2020, municípios como Mira Estrela, Parapuã, Aramina, Paulicéia, Ilha Comprida e Taquaral mantiveram uma cobertura superior a 30%. É importante ressaltar que dois municípios, São Simão e Corumbataí, registraram informações no relatório público do SISAB em 2019.

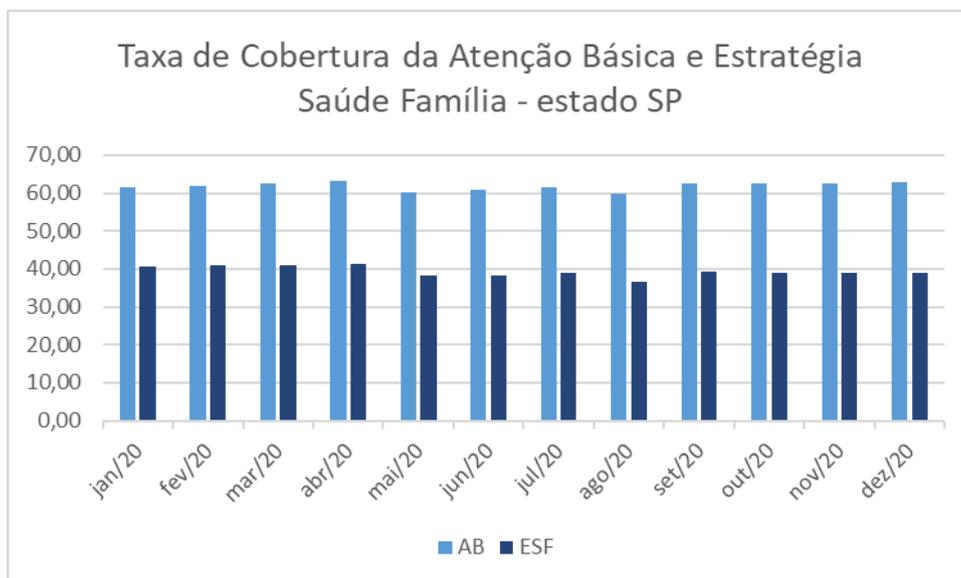
Outro indicador analisado foi a proporção de usuários com diabetes que passaram por consulta e tiveram o exame de hemoglobina glicada solicitado, conforme previsto no programa Previnde Brasil. A Figura 2 mostra que, nos anos de 2019 e 2020, a proporção no estado de São Paulo não ultrapassou os 10%.



**Figura 2.** Proporção de Usuários com Diabetes que Passaram por Consulta e Tiveram Exame de Hemoglobina Glicada Solicitado no Estado de São Paulo em 2019 e 2020. Botucatu, 2022.

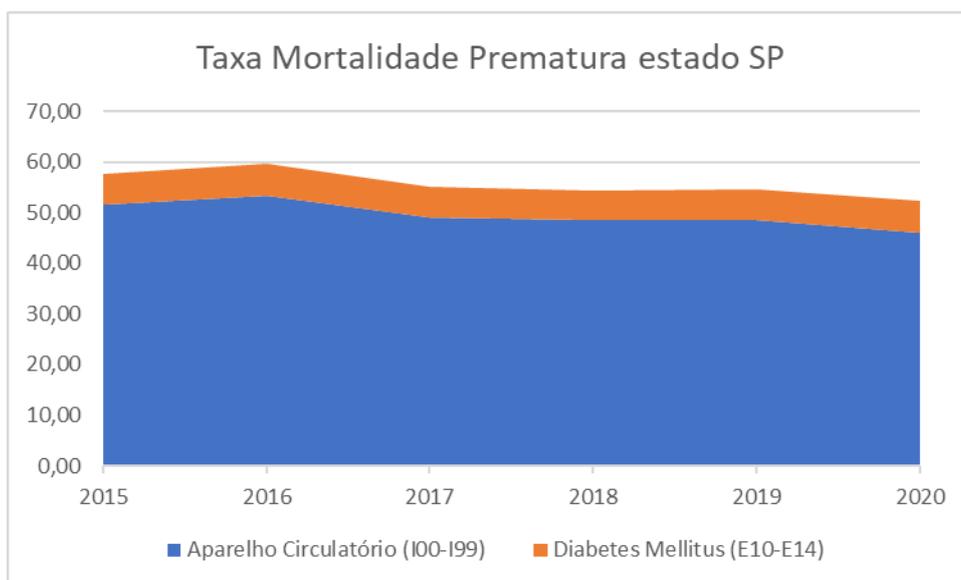
É possível identificar que no ano de 2019 alguns municípios superaram o valor de 30% de cobertura para esse indicador, sendo eles: Arujá, Guaraçaí, Parapuã e Ilha Comprida. Para o ano de 2020 a cobertura maior de 30% ficou entre os municípios de Guaraçaí, Ilha Comprida, Parapuã, Arujá Taquaral e Mira Estrela. Para o terceiro quadrimestre o município de Taquaral atingiu 63% de cobertura. Destaca-se os municípios de São Simão sem nenhum registro no relatório público do SISAB para os anos de 2019 e 2010 e Caieiras sem registro no ano de 2019.

Até o ano de 2020 o indicador de cobertura da Atenção Básica e a cobertura das equipes de Saúde da família, eram utilizados para analisar o quanto a atenção primária do município conseguia atingir a população do seu respectivo município. No ano de 2021 esses indicadores perderam a continuidade de sua série histórica e a Nota Técnica N° 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS informa sobre o módulo de cálculo da Cobertura da Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde. Todavia, nesse momento do projeto a equipe tinha disponível apenas as coberturas como apresenta a Figura 3 com a cobertura de AB e ESF desmembradas. Observa-se que o estado de São Paulo apresentou uma Taxa de Cobertura da AB média de 61% e de 38% da Cobertura de Estratégia de Saúde da Família, para o ano de 2020.



**Figura 3.** Cobertura da Atenção Básica e das Equipes de Saúde da Família nos Municípios. Botucatu, 2022.

Com a finalidade de conhecer a mortalidade prematura (30 a 69 anos) para os grupos de Doenças do aparelho circulatório e Diabetes Mellitus no estado de São Paulo, utilizou-se o relatório produzido pela Divisão de Doenças Cônicas Não Transmissíveis do estado de SP. , Conforme apresentado na Tabela 4, para o grupo das doenças do aparelho circulatório a taxa de mortalidade variou de 51,52% em 2015 para 45,98% em 2020, e a taxa de Mortalidade Prematura por Diabetes Mellitus variou de 6,09% em 2015 para 6,41% em 2020.



**Figura 4.** Mortalidade Prematura por Doenças do Aparelho Circulatório e Diabetes Mellitus no Estado de São Paulo (2015-2020). Botucatu, 2022.

A capacidade instalada de cada município foi sistematizada na planilha original e utilizada pela equipe do projeto para conhecer o território a partir dos dados secundários.

Essas informações estão disponibilizadas para o conjunto de municípios, mas não será tratado nessa descrição.

A tabela 5 sintetiza a análise do estado nutricional de crianças de 0 a 4 nos de idade no estado de São Paulo. Os dados são provenientes do SISVAN, única base de dados onde é possível realizar análise do estado nutricional da população de um município. Os dados apresentados são referentes a todas as avaliações do estado de São Paulo e os indicadores municipais encontram-se na planilha geral do relatório. A cobertura de avaliações de estado nutricional nos serviços de atenção primária do estado de São Paulo foi de 18% em relação a população total de crianças na mesma faixa etária. Conhecer o estado nutricional das crianças é de extrema importância para os serviços de atenção primária uma vez que a presença da má nutrição (desnutrição, doenças carenciais, sobrepeso e obesidade) na primeira infância está relacionada o desenvolvimento de DCNTs na vida adulta.

**Tabela 5.** Análise do Estado Nutricional de Crianças de 0 a 4 anos no Estado de São Paulo: Dados do SISVAN. Botucatu, 2022.

	Número absoluto (n)	Percentual (%)
<b>Criança 0 a 4 anos (PesoxAltura)</b>		
Magrezas (Magreza Acentuada + Magreza)	17058	3,39
Eutrofia	320953	63,84
Risco Sobrepeso	96247	19,14
Sobrepeso	36612	7,28
Obesidade	31877	6,34
Cobertura dos avaliados em relação população Municipal por faixa etária	<b>502747</b>	<b>17,87%</b>
<b>Criança 0 a 4 anos (PesoxIdade)</b>		
Peso muito Baixo	4845	0,96
Peso Baixo	10948	2,18
Eutrófico	448626	89,18
Peso Elevado	38652	7,68
Cobertura dos avaliados em relação população Municipal por faixa etária	<b>503071</b>	<b>17,88%</b>
<b>Criança 0 a 4 anos (AlturaxIdade)</b>		
Altura Muito Baixa	22612	4,49
Altura Baixa	30565	6,08
Altura Adequada	449879	89,43
Cobertura dos avaliados em relação população Municipal por faixa etária	<b>503056</b>	<b>17,88%</b>

Elaboração própria, 2022.

A análise do Índice de Massa Corporal (IMC), Tabela 6, em diferentes fases da vida é fundamental para diagnosticar o estado nutricional da população. Os dados apresentados referem-se ao estado de São Paulo, enquanto os dados específicos dos 70 municípios estão disponíveis na planilha geral, conforme o link fornecido ([Clique aqui](#)).

Além da distribuição de magreza, eutrofia e sobrepeso, é essencial avaliar a cobertura das avaliações do estado nutricional nos serviços de atenção primária. É importante notar que, para esse cálculo, consideramos toda a população municipal da respectiva faixa etária. Embora alguns estudos descontem a população com convênio médico para se aproximar da população que utiliza o SUS, optamos por usar a população

total do município por faixa etária. Acreditamos que uma cobertura em torno de 50% pode indicar um bom perfil de atenção primária no município.

Observamos que a cobertura foi de 15,6% para crianças de 5 a 9 anos, 7,2% para adolescentes, 4,15% para adultos e 4,34% para idosos. Esses números destacam a importância de melhorar a cobertura das avaliações do estado nutricional em todas as faixas etárias, visando uma melhor monitorização e intervenção precoce em casos de desequilíbrios nutricionais.

**Tabela 6.** Distribuição do Índice de Massa Corporal (IMC) por Faixa Etária no Estado de São Paulo. Botucatu, 2022.

<b>Índice de Massa Corporal/Idade</b>	<b>Número absoluto (n)</b>	<b>Percentual (%)</b>
<b>Criança 5 a 9 anos</b>		
Magrezas (Magreza Acentuada + Magreza)	17610	3,89
Eutrofia	289048	63,94
Sobrepeso	74011	16,37
Obesidade	43509	9,62
Obesidade Grave	27884	6,17
Cobertura dos avaliados em relação população por faixa etária	<b>452074</b>	<b>15,56</b>
<b>Adolescentes</b>		
Magrezas (Magreza Acentuada + Magreza)	13602	3,41
Eutrofia	244467	61,28
Sobrepeso	82402	20,65
Obesidade	45891	11,5
Obesidade Grave	12602	3,16
Cobertura dos avaliados em relação população por faixa etária	<b>398964</b>	<b>7,16</b>
<b>Adultos</b>		
Baixo Peso	22937	2,08
Eutrofia	308381	28,03
Sobrepeso	361809	32,88
Obesidade I	240286	21,84
Obesidade II	105693	9,61
Obesidade III	61265	5,57
Cobertura dos avaliados em relação população por faixa etária	<b>1100371</b>	<b>4,15</b>
<b>Idosos</b>		
Baixo Peso	29796	9,95
Eutrofia	98540	32,91
Sobrepeso	171098	57,14
Cobertura dos avaliados em relação população Municipal por faixa etária	<b>299434</b>	<b>4,34</b>

Elaboração própria, 2022.

## 2. Análise situacional dos municípios (municípios que fizeram a adesão ao projeto)

Responsáveis: Flávia Negri e Karina Rubia Nunes

Após a finalização dos contatos e convites aos gestores que ocorreu no segundo semestre de 2022 o trabalho de análise situacional ocorreu novamente com os municípios que aceitaram participar do projeto e iniciaram o processo de formação. Observou-se a necessidade de sintetizar alguns dados para a construção da análise situacional, já imaginando que esse mesmo material deveria ser disponibilizado aos gestores e técnicos para consulta.

Nesta fase, contamos com a colaboração das bolsistas Karina e Flávia, juntamente com a participação voluntária de Vitor Ribeiro na análise das ICSAPs (Instrumentos para Coleta de Situação de Atenção Primária). Foram incluídos 37 municípios nesta análise, cujos dados e indicadores foram sistematizados: Araçatuba, Aramina, Arco-íris, Aspásia, Assis, Batatais, Bernardino de Campos, Capão Bonito, Cordeirópolis, Corumbataí, Cristais Paulista, Descalvado, Fernão, Guaraçaí, Iaras, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itaju, Itápolis, Itirapina, Jacareí, Lorena, Martinópolis, Matão, Oscar Bressane, Parapuã, Pontal, Pratânia, Sales Oliveira, Santa Fé do Sul, São Sebastião da Gramma, Taquaral, Tarumã, Trabiju, Uru e Vera Cruz. A planilha original com os dados em formato Excel (.xlsx) está disponível no site do ArticulaRRAs ([Clique aqui](#)).

Contudo, o conjunto de dados foi reduzido para oferecer uma quantidade menor de indicadores, mas com capacidade de síntese para as equipes. As dimensões avaliadas foram mantidas: Vulnerabilidade, Demografia, Economia, Educação e Saúde. No Quadro 3, são apresentadas as dimensões avaliadas, bem como o conjunto de dados e indicadores que compuseram cada dimensão. A seguir cada uma dessas dimensões serão discutidas.

**Quadro 3.** Relação de dimensões avaliadas e respectivos dados/indicadores sistematizados para os 37 municípios participantes do projeto “Formação em doenças Crônicas no estado de SP – ArticulaRRAS. Botucatu, 2023.

<b>Dimensão</b>	<b>Dado/Indicador</b>
<b>Demografia</b>	População total estimado 2022
	Grau de Urbanização
	Grau de Urbanização
	Classe de Urbanização
	Tipologia dos municípios
	<b>População por idade</b>
	0 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos
	20 a 24 anos; 25 a 29 anos; 30 a 34 anos; 35 a 39 anos
	40 a 44 anos; 45 a 49 anos; 50 a 54 anos; 55 a 59 anos
	60 a 64 anos; 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79 anos
80 a 84 anos; 85 a 89 anos; 90 anos e mais	
<b>Economia</b>	Grupo IPRS
	IDHM
<b>Vulnerabilidade</b>	Esgotamento sanitário adequado
	Famílias inscritas no Cadastro Único
	Famílias inscritas no Cadastro Único em situação de extrema pobreza
	Percentual de famílias inscritas no Cadastro Único em situação de extrema pobreza
	Famílias inscritas no Cadastro Único e beneficiárias do PBF
	Percentual de famílias inscritas no Cadastro Único que recebem PBF
Famílias inscritas no Cadastro Único e beneficiárias do PAB	

	Percentual de famílias inscritas no Cadastro Único que recebem PAB
	Idosos que recebem BPC por município pagador
	Pessoas que receberam auxílio emergencial (P1 a P5)
<b>Educação</b>	% do total de recurso do PNAE destinado à compra de gêneros alimentícios da AF
<b>Saúde</b>	Estado Nutricional Criança (PxA) 0 a 4 anos
	Estado Nutricional Criança (PxI) 0 a 4 anos
	Estado Nutricional Criança (AxI) 0 a 4 anos
	Estado Nutricional Criança (IMCxI) 5 a 9 anos
	Estado Nutricional Adolescente (IMCxI) 10-20anos
	Estado Nutricional Adulto (IMCxI) 20 – 60 anos
	Estado Nutricional Idoso (IMCxI) > 60 anos
	Cobertura de Avaliação do estado nutricional de adultos
	Proporção de hipertensos com pressão arterial aferida
	Proporção de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada
	Taxa de cobertura da Atenção Básica (AB)
	Taxa de cobertura da Estratégia da Saúde da Família (ESF)
	Taxa de cobertura da Atenção Primária à Saúde

## 2.1. Demografia

A primeira etapa foi analisar o tamanho de cada município. Essa informação é de extrema relevância uma vez que já conhecemos as diferentes dinâmicas dos serviços de saúde que podem ser arrançadas nos territórios, de certa forma atreladas ao seu tamanho ou faixa populacional, na qual se encontra. Nessa primeira aproximação, compreendemos que aproximadamente 70,9% dos municípios que aderiram ao projeto possuem até 30 mil habitantes. A Tabela 7, apresenta a distribuição dos 37 municípios segundo a faixa populacional estabelecida. Ao olhar para o grau de urbanização pode-se observar que 38% dos municípios possuem grau de urbanização de até 70%.

**Tabela 7.** Características demográficas dos 37 municípios que aderiram ao projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2023.

<b>Faixa</b>	<b>Nº Absoluto</b>	<b>%</b>
<b>Faixa Populacional</b>		
<10 mil Habitantes	15	40,5
10– 30 mil Habitantes	11	29,8
30 - 50 mil Habitantes	4	10,8
>50 - 100 mil Habitantes	4	10,8
>100 mil Habitantes	3	8,1
<b>Grau Urbanização</b>		
90 I- 100%	13	35,1
80 I- 90%	7	18,9
70 I- 80%	3	8,1
29 I- 70%	14	37,9
<b>Tipologia Municipal</b>		
Predominantemente Urbano	17	45,9
Intermediário Adjacente	7	18,9
Predominantemente Rural Adjacente	13	35,2

Elaboração: Autora, 2023.

Fonte: elaboração autor. Botucatu, 2023. Faixa Populacional: População Estimada 2022-SEADE; Grau urbanização 2017– IBGE; Tipologia Municipal 2017- IBGE.

Segundo a classificação do IBGE para a tipologia municipal, realizada em 2017, municípios predominantemente urbanos são aqueles com mais de 50 mil habitantes e áreas de ocupação densa e qualquer grau de urbanização, bem como os municípios com população variando entre 25 e 50mil habitantes ocupando área densa e grau de urbanização maior de 50%. Municípios com população de 10 a 25mil habitantes em área densa e grau de urbanização >75% também entram nessa classificação. Nos municípios avaliados pelo ArticulaRRAS 45,9% dos municípios estão classificados como municípios predominantemente urbanos.

Já os municípios intermediários adjacentes representam aproximadamente 18,9% dos municípios visitados (n=7). São caracterizados por municípios cuja população varia de 25 e 50mil habitantes ocupando área densa e grau de urbanização maior de 25 a 50%, municípios com população de 10 a 25mil habitantes em área densa e grau de urbanização 50 a 75% ou então municípios com população de 3 a 10 mil habitantes ocupando área densa e grau de urbanização maior que 75%.

Os municípios predominantemente rurais são aqueles menores de 10 mil habitantes e distribuição da população em áreas densas inferior a 75%. Dentre os municípios do projeto avaliados 35,2% (n=13), são classificados como rural adjacente.

## **2.2. Vulnerabilidade**

Para olhar para a dimensão vulnerabilidade a equipe de pesquisa utilizou a base de dados do Ministério da Cidadania – Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação – Vis Dat 3 Beta. Essa base de dados disponibiliza dados vinculados ao Cadastro Único da Assistência Social, bem como os demais programas vinculados ao Ministério da Cidadania. O tabulador pode ser visualizado pelo link ([VIS DATA 3 beta \(cidadania.gov.br\)](https://visdata3beta.cidadania.gov.br)). Foram sistematizadas informações dos 37 municípios, com o objetivo de compreender a distribuição dos Programas de Transferência de renda dentro dos municípios. Infere-se que a condição do indivíduo em consumir alimentos de boa qualidade, com quantidade suficientes de macro e micronutrientes para a prevenção de DCNTs, está atrelada a sua possibilidade de compra. Ao olhar para o município e compreender como ocorre a distribuição de beneficiários de Programas de Transferência de renda, tais como: o Auxílio Brasil (extinto Bolsa Família), o Benefício de prestação Continuada, é possível compreender a situação de vulnerabilidade em que se encontram essas famílias.

Para essa análise foram utilizados dados do relatório público do Vis Data 3, para o período de janeiro 2020 a dezembro de 2022, das seguintes informações: famílias inscritas no cadastro único, famílias inscritas no cadastro único em situação de extrema pobreza, famílias beneficiárias do PBF inscritas no cadastro único, famílias beneficiárias do PAB inscritas no Cadastro Único, Idosos que recebem Benefício de Prestação Continuada no município. Os dados para população estimada e população por faixa etária estimada foram extraídos do SEADE: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados para o ano de 2022

A Tabela 8 apresenta a análise dos indicadores para os 37 municípios. Os indicadores “% famílias em extrema pobreza, % de famílias beneficiárias do PBF e % de famílias beneficiárias do PAB foram calculados usando como referência o total de famílias inscritas no Cadastro Único. Considerando que o indicador de % de famílias beneficiárias do PBF foi calculado para o último ano do benefício, sendo esse substituído no ano de 2022. O indicador “ % de idosos que recebem Benefício de Prestação Continuada foi calculado utilizando como referência a população de residentes acima de 60 anos, estimada pelo SEADE para o ano de 2002

Tabela 8. Análise de vulnerabilidade dos 37 municípios que aderiram ao projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2023.

<b>Indicador</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
% Famílias em extrema pobreza (2022)		
0 I- 25%	8	21,6
25 I- 50%	24	64,8
≥ 50%	5	13,6
% Famílias beneficiárias do PBF (2021)		
0 I- 20%	1	2,7
20 I- 40%	26	70,3
≥ 40%	10	27,0
% Famílias beneficiárias do PAB (2022)		
0 I- 25%	3	8,10
25 I- 50%	29	78,4
≥ 50%	5	13,5
% Idosos que recebem BPC		
0 I- 6%	31	84%
6 I- 12%	6	16%

Elaboração Autora-2023.

Fonte: Base de dados: Ministério da Cidadania - Vis Data 3 – Janeiro 2020-dezembro2022 - Indivíduos inscritos no Cadastro Único, Famílias em Extrema Pobreza no Cadastro Único, Famílias inscritas Programa Bolsa Família, Idosos que recebem BPC por fonte pagadora; Base de dados SEADE – 2022 - População estimada total, População estimada por faixa etária.

A análise da extrema pobreza em nível municipal só pode ocorrer através da análise do Cadastro único, uma vez que o indicador sistematizado pelo IBGE nos Censos Demográficos (último de 2010) não possui amostragem para desagregação em nível municipal. Portanto, é necessário que os municípios encontrem uma estratégia para olhar para a extrema pobreza dentro de seu município. No estado de São Paulo, do total de famílias inscritas no Cadastro Único, cerca de 42,9% estavam cadastradas como famílias em situação de extrema pobreza. Ao observar os extremos é possível identificar São Sebastião da Gramma com apenas 11% dos das suas famílias inscritos no Cadastro Único em situação de extrema pobreza e em contrapartida Trabiju com 66% das suas famílias inscritas no cadastro único em situação de extrema pobreza.

Vale ressaltar que esses valores se referem a distribuição da extrema pobreza dentro dos inscritos na Cadastro Único, assim como a nessa análise leva em consideração apenas os munícipes que declaram renda insuficiente na sua atualização junto ao cadastro único. Sabe-se que existem indivíduos em diferentes situações de vulnerabilidade, tais como: populações de rua, toda e qualquer em situação de desemprego, fome e extrema pobreza que não tenha sido cadastrada pela assistência social do município, não entra nessa avaliação.

A análise o número de indivíduos cadastrados em extrema pobreza no cadastro único é comparado com a população estimada do município. Na análise, cerca de 10% da população do estado de SP está cadastrada em situação de extrema pobreza dentro do Cadastro Único. José Bonifácio é o

O Programa Bolsa Família foi substituído pelo atual Auxílio Brasil e teve seu indicador substituído na plataforma. Todavia, o período analisado aqui compreende janeiro de 2020 a dezembro de 2022 e vamos apresentar os dois nomes para o Programa de Transferência de Renda – Bolsa Família e Auxílio Brasil.

Na análise do conjunto dos municípios o indicador Percentual de Famílias Cadastradas no Cadastro Único recendo Bolsa Família variou de 14,8% (Taquaral) a 49%(Uru), sendo que o estado de SP possui 43% .

Direcionado o olhar para a população idosa (> 60 anos) que recebem o benefício de Prestação Continuada, o estado de São Paulo possui perto de 6% da sua população idosa que depende do auxílio para a vida após a idade economicamente ativa. Trábitju possui apenas 1% da sua população idosa recebendo BPC, enquanto Iguape possui cerca de 11% dependente do auxílio.

A aproximação com o Cadastro único e a análise da distribuição dos auxílios de transferência de renda, ou mesmo o cadastro em outros programas de transferência/doação de alimentos, permite ao município compreender a situação de vulnerabilidade social do seu território. A dificuldade econômica afeta diretamente o poder de compra e escolha do tipo de alimento que será comprado por uma família. Ao falar sobre DCNTs, obesidade e desnutrição, os serviços de saúde precisam lançar seus olhares para a realidade econômica e social, afinal o desfecho de saúde-doença está relacionado à condição de vida de uma família.

### **2.3. Economia**

Na dimensão economia a equipe trabalhou com indicadores frequentemente utilizados na epidemiologia para compreender a condição econômica de um município. A fundação SEADE utiliza o Índice de Responsabilidade Social – IPRS (indicador composto) para analisar a situação de distribuição de renda, longevidade e escolaridade. De forma geral ela busca compreender não apenas a situação econômica de um município, mas também a relação com a possibilidade de viver por muitos anos nesse município (interface com a saúde e como ela cuida desses indivíduos), e da escolaridade que possibilita mais acesso ao mercado de trabalho e mais conhecimento para guiar as condições de vida e saúde. A Tabela 9 apresenta a distribuição dos 37 municípios analisados pelo projeto segundo a classificação do SEADE.

**Tabela 9.** Distribuição dos 37 municípios que aderiram ao projeto ArticulaRRAS. Botucatu, segundo a classificação do Índice de responsabilidade social (IPRS), Botucatu, 2023

Classificação IPRS	Número Absoluto	percentual
	N	%
Desiguais	2	10
Vulneráveis	4	5,7
Em Transição	12	25,7
Dinâmicos	6	18,6
Equitativos	13	40
Total		100

Elaboração: Autora, 2022. Fonte: SEADE,2018.

Legenda: Desiguais: municípios com níveis de riqueza elevados, mas indicadores sociais insatisfatórios (longevidade e/ou escolaridade baixos); Dinâmicos: municípios com índice elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais (longevidade e escolaridade médio/alto; Em transição: municípios com baixos níveis de riqueza e indicadores intermediários de longevidade e/ou escolaridade (níveis baixos); Equitativos: municípios com baixos níveis de riqueza, mas bons indicadores sociais (longevidade e escolaridade médio/alto); Vulneráveis: municípios mais desfavorecidos no Estado, tanto em riqueza como nos indicadores sociais (longevidade e escolaridade baixos).

No conjunto dos municípios analisados chama a atenção: Ilha Comprida e Trabiju classificados como “vulneráveis”.

Ao analisar o Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios identificamos que o estado de São Paulo possui o índice de 0,783. No conjunto dos 37 municípios analisados o valor do estado de SP é de 0,783 enquanto o menor valor encontrado pertence ao município de Iaras (0,674) e o maior índice foi de Assis (0,802). O IDH mede o progresso de uma nação considerando três dimensões: rendimento, saúde e educação. O IDH-M mede o progresso no município e possibilita comparação com o mundo inteiro, lembrando que o valor 1 é a referência para um território de muito alto desenvolvimento. O Brasil possui um IDH de 0,759.

## 2.4. Educação

Olhar para as escolas e compreender como ocorre a inserção das crianças e adolescentes no ambiente escolar, permite de forma indireta, compreender o meio ao qual é exposto aquele conjunto de munícipes na sua fase de infância e adolescência. Sabe-se que os hábitos alimentares formados na infância vão continuar com o indivíduo durante seu ciclo de vida, assim como é fato que a escola tem sido o principal, senão o único, espaço para uma refeição completa e de qualidade da população que se encontra em situação de vulnerabilidade social, onde o baixo poder aquisitivo das famílias não é suficiente para comprar alimentos em quantidade e qualidade suficiente.

O Programa Nacional de Alimentação Escolar, vigente desde a década de 60, é responsável por levar alimentos às crianças e o acompanhamento da sua execução possibilita conhecer como o município cuida da qualidade da sua merenda escolar. O indicador escolhido para apresentação dessa análise é o Percentual do Recurso do PNAE destinado à compra de gêneros alimentícios da Agricultura Familiar. A Lei N° 11.947, de 16 de junho de 2009 (Brasil, 2009), determina que os municípios precisam comprar no

mínimo 30% dos produtos destinados a merenda escolar, vindos da agricultura familiar. Por um lado, essa determinação garante que a compra a ser realizada seja de alimentos em sua maioria *in natura*, de maior qualidade nutricional, por outro lado possibilita a subsistência do agricultor que decidiu manter sua família no campo e pode ter um valor financeiro provisionado. Uma gestão que se preocupa com qualidade da alimentação das crianças que estão inseridas nas escolas municipais, precisa monitorar e melhorar o percentual de compra da agricultura familiar. No portal do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação-Ministério da Educação é possível acessar dados de aquisição da Agricultura Familiar para a alimentação escolar (2017 foi o ano analisado aqui). O estado de São Paulo apresentou apenas 0,03% do total das compras dos seus municípios oriundos da AF. Quatro municípios não realizaram nenhuma compra da Agricultura Familiar no ano de 2017, sendo eles; Itaju, Jacareí, Taquaral e Trabiju. como pode ser visto na Tabela 10. Vale destacar que na análise 15 municípios conseguiram comprar acima do recomendado 30%, sendo eles: Descalvado, Pontal, Pratânia, Aramina, Tarumã, Aspásia, Oscar Bressane, Cordeirópolis, Ilha Comprida, Arco-íris, Iporanga, Uru, Capão Bonito, Parapuã e Corumbataí

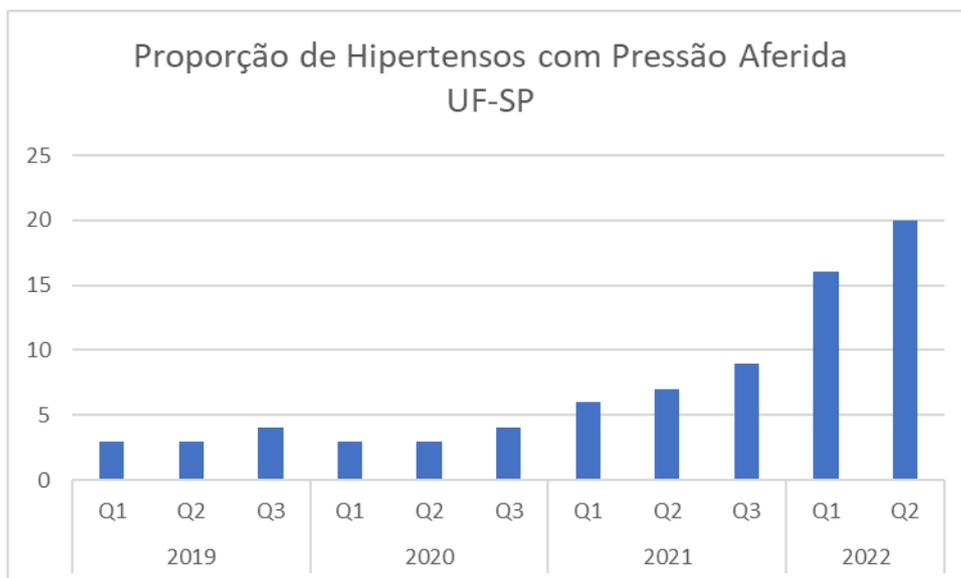
**Tabela 10.** Distribuição dos 37 municípios que aderiram ao projeto ArticulaRRAS. Botucatu, segundo a faixa percentual de compra dos gêneros alimentícios advindos da Agricultura Familiar, utilizando recurso repassado pelo PNAE, Botucatu, 2023.

<b>Escala Compra</b>	<b>Número Absoluto (N)</b>	<b>Percentual (%)</b>
não compram	4	10,8
<10%	6	16,3
10 - 20%	5	13,5
20 - 30%	7	18,9
>30%	15	40,5
Total	37	100%

Elaboração Própria, 2023.

## 2.5. Saúde

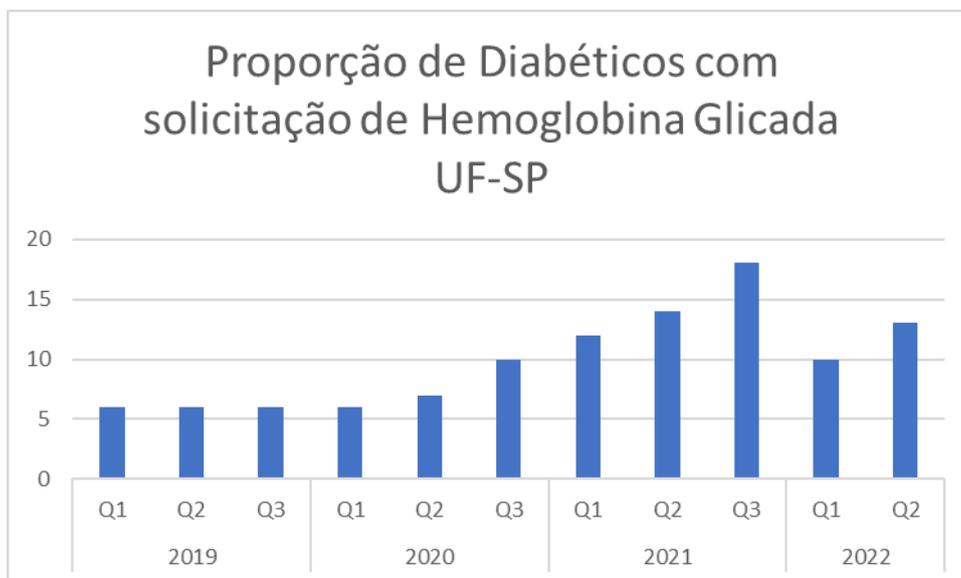
Na dimensão saúde a aproximação aconteceu com indicadores comumente utilizados pelas equipes de saúde. Na Figura 5 podemos observar a distribuição dos quadriênios do indicador proporção de hipertensos com pressão arterial aferida no estado de São Paulo, indicador monitorado pelo programa Previne Brasil (Portaria nº3222, 10 dezembro de 2019). Para a extração dos dados foi utilizado Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – Indicador de desempenho- para os anos de 2019 a 2021 (Quadrimestre 1,2,3) e para o ano de 2022 (Quadrimestre 1,2). Disponível no link (<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>) . A Figura 5 apresenta a proporção de usuários com Pressão Arterial aferida ainda em baixa cobertura, porém e mais importante com tendência ascendente.



**Figura 5.** Evolução da Proporção de Usuários Hipertensos que tiveram a sua Pressão Arterial aferida em Consulta , para o estado de SP nos anos 2019-2022 Botucatu, 2023.

A proporção de usuários da atenção primária que passaram por consulta e tiveram sua pressão arterial aferida para monitoramento da sua condição crônica variou entre 3% e 20% nos anos de 2019-2022. Ao olhar para os 37 municípios analisados pelo projeto podemos apontar alguns municípios que superaram o valor médio da cobertura do estado de São Paulo. Para o segundo quadrimestre de 2022 alguns municípios registraram cobertura superior à média de 20% do estado de SP, sendo eles: Itirapina, Taquaral, Descalvado, Guaraçaí, Fernão, Oscar Bressane, Santa Fé do Sul, Lorena, São Sebastião da Gramma, Tarumã, Aramina, Corumbataí, Pratânia, Iporanga, Itaju, Ilha Comprida, Sales Oliveira, Assis, Matão, Araçatuba, Batatais, Trabiçu, Jacareí, Iaras.

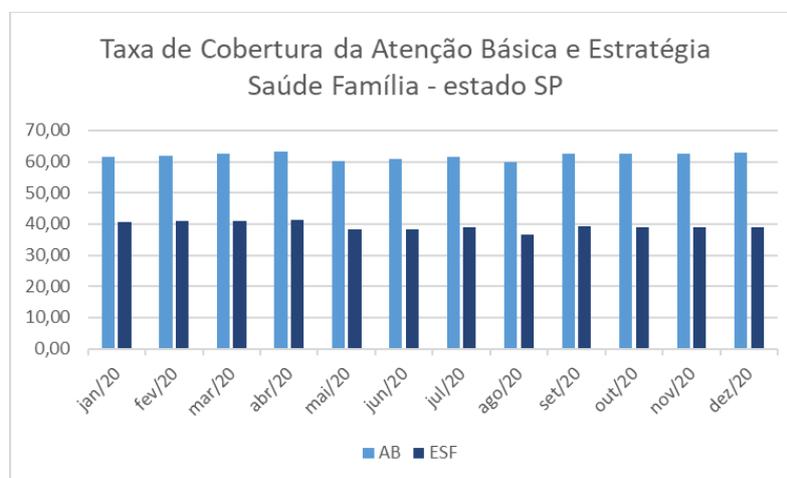
Outro indicador atrelado ao programa Previne Brasil avaliado foi a proporção de usuários com diabetes que passaram por consulta médica e tiveram o exame bioquímico de hemoglobina glicada solicitado. Na figura 6 é possível avaliar que a proporção do estado de São Paulo, nos anos de 2019 a 2022, varia de 5% a 18%, porém não segue a mesma tendência ascendente do indicador anterior. Alguns municípios, para o segundo quadrimestre de 2022 superaram o valor médio do estado de 18% de cobertura dos exames de Hemoglobina para os usuários com diabetes, entre eles: Uru, Santa Fé do Sul Taquaral, Descalvado, Pratânia, Guaraçaí, Sales Oliveira, Corumbataí, Tarumã, Aramina, Ilha Comprida, Lorena, Araçatuba, Jacareí, Fernão e Matão.



**Figura 6.** Evolução da Proporção de Usuários Diabéticos que tiveram o exame de Hemoglobina Glicada em Consulta, para o estado de SP nos anos 2019-2022. Botucatu, 2023

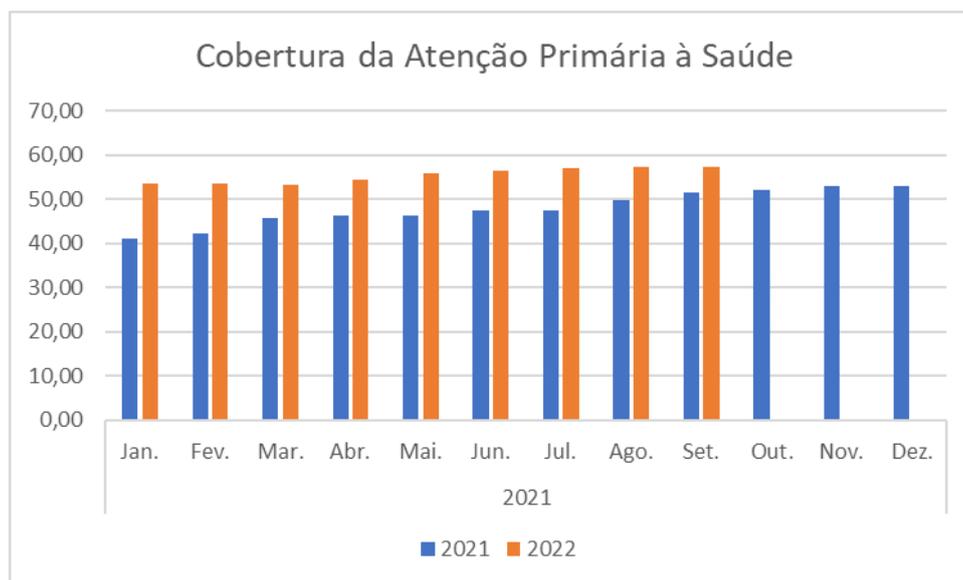
Para os anos de 2020 e 2021 há necessidade de analisar sob a ótica da pandemia da COVID-19 e o impacto que ela acarretou a organização e rotina dos serviços de Atenção Primária à saúde.

Até o ano de 2020 o indicador de cobertura da Atenção Básica e a Cobertura das equipes de Saúde da família, eram utilizados para analisar o quanto a atenção primária do município conseguia atingir a população do seu respectivo município. No ano de 2021 esses indicadores perderam a continuidade de sua série histórica e a Nota Técnica N° 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS, informou sobre o módulo de cálculo da Cobertura da Atenção Primária à Saúde das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde. Todavia, nesse momento do projeto a equipe já havia sistematizado cobertura de AB e ESF que podem ser visualizadas na Figura 7.



**Figura 7.** Evolução mensal da Cobertura da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família Proporção de Usuários Diabéticos que tiveram o exame de Hemoglobina Glicada em Consulta, estado de SP, 2020. Botucatu, 2023.

Observa-se que, no ano de 2020, o estado de São Paulo apresentou uma taxa média de cobertura da Atenção Básica (AB) de 61% e uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 39%. Além disso, um novo indicador, cuja série histórica teve início em 2021, foi sistematizado tanto para o estado de SP quanto para os 37 municípios analisados. Os detalhes desse novo indicador podem ser visualizados na Figura 4 e no relatório público "Gestor - Informação e Gestão da Atenção Básica - Histórico de Cobertura - Cobertura Potencial da Atenção Primária", disponível por meio do link (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>).

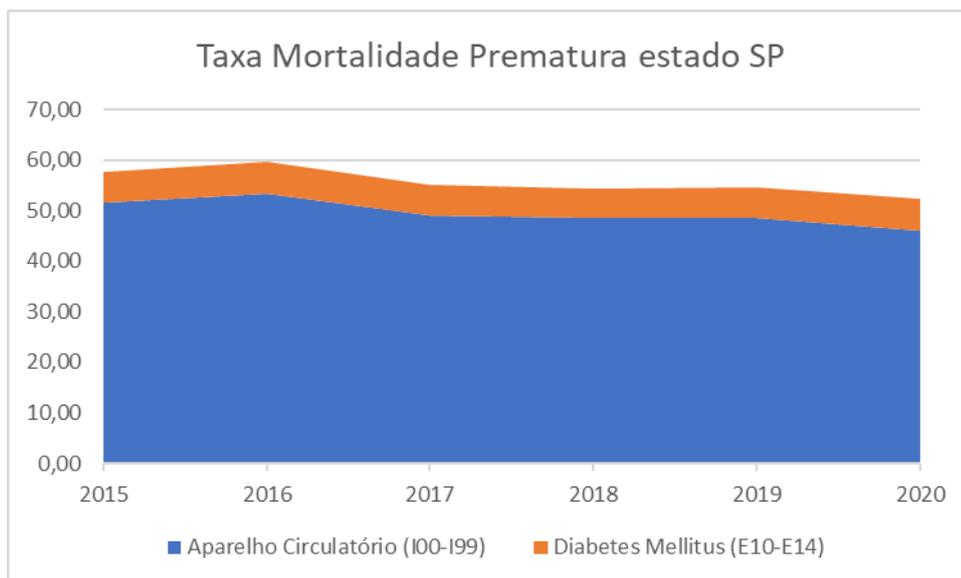


**Figura 8.** Evolução mensal da Cobertura da Atenção Primária à Saúde, estado de SP, 2021-2022. Botucatu, 2023.

O estado de São Paulo registrou um aumento na cobertura dos usuários para o ano de 2022. Entre os 37 municípios analisados, 36 deles apresentaram aumento da Cobertura da Atenção Primária à Saúde entre os anos de 2021 e 2022, com exceção de Guaraçai com uma diferença de menos de 1%

Com o objetivo de compreender a mortalidade prematura, que ocorre na faixa etária de 30 a 69 anos, calculou-se a Taxa de Mortalidade Prematura utilizando como fonte de dados o site do DATASUS - Mortalidade Geral - estado de São Paulo. Para a seleção dos óbitos nos grupos de Doenças do Aparelho Circulatório, foram considerados os códigos correspondentes, enquanto para o grupo de óbitos relacionados ao Diabetes Mellitus foram selecionados outros códigos. O cálculo da Taxa de Mortalidade utilizou a população residente estimada para a faixa etária de 30 a 69 anos, multiplicada por 100.000.

Para o grupo das doenças do aparelho circulatório, a taxa de mortalidade variou de 51,52% em 2015 para 45,98% em 2020 (Figura 9), enquanto a taxa de Mortalidade Prematura por Diabetes Mellitus variou de 6,09% em 2015 para 6,41% em 2020.



**Figura 9.** Evolução mensal da Cobertura da Atenção Primária à Saúde, estado de SP, 2021-2022, Botucatu, 2023.

A Tabela 11 sintetiza a análise do estado nutricional da população atendida pela Atenção Primária a Saúde no ano de 2021, os dados são provenientes do relatório público do SISVAN para o ano de 2021. Os relatórios foram extraídos utilizando o filtro TODOS os acompanhamentos e para cada fase da vida foi selecionado um indicador (Criança 0 a 4anos -Altura x Idade; Criança 5 – 9 anos IMC x Idade, Adolescente – IMC x Idade; Adulto – IMC x Idade; Idoso; IMC x Idade).

Os dados apresentados na tabela 11 são referentes a todas as avaliações realizadas por fase da vida no estado de SP e os indicadores municipais encontram-se na planilha geral dos municípios que pode ser acessada através do site do ArticulaRRAS ([Clique aqui](#)). A cobertura de avaliações de estado nutricional nos serviços de atenção primária do estado de São Paulo, foi calculado utilizando o número geral de avaliações por faixa etária e a população estimada também por faixa etária (SEADE, 2021). No estado de São Paulo a cobertura das avaliações foi de 22% para as crianças de 0 a 4anos, 12,6% para as crianças de 5 a 9 anos, 8% para os adolescentes, 6% para os adultos e 7,4% para os idosos. O comprometimento da altura foi verificado em 7,65% das crianças entre 0 a 4 anos avaliadas no ano de 2021. Para as demais fases da vida o sobrepeso e a obesidade são os mais prevalentes na avaliação do estado nutricional.

**Tabela 11.** Distribuição das avaliações e estado nutricional dos usuários atendidos pela atenção primária à saúde no estado de São Paulo, nas respectivas fases da vida. SISVAN, 2021, Botucatu, 2023.

Estado Nutricional	Número absoluto (n)	Percentual (%)
<b>Criança 0 a 4 anos (AlturaxIdade)</b>		
Altura Muito Baixa	21568	3,51
Altura Baixa	25450	4,14
Altura Adequada	567475	92,35
Cobertura dos avaliados em relação população Municipal por faixa etária	<b>614.493</b>	<b>22</b>
<b>Criança 5 a 9 anos</b>		
Magrezas (Magreza Acentuada + Magreza)	11.930	3,28

Eutrofia	205.090	56,49
Sobrepeso	64.649	17,81
Obesidade	46.769	12,88
Obesidade Grave	34.608	9,53
Cobertura dos avaliados em relação população por faixa etária	<b>363.046</b>	<b>12,57</b>
<b>Adolescentes</b>		
Magrezas (Magreza Acentuada + Magreza)	15.539	3,54
Eutrofia	243.716	55,47
Sobrepeso	94.069	21,41
Obesidade	64.061	14,58
Obesidade Grave	.22.006	5,01
Cobertura dos avaliados em relação população por faixa etária	<b>439.391</b>	<b>7,87</b>
<b>Adultos</b>		
Baixo Peso	28.357	1,73
Eutrofia	411.560	25,08
Sobrepeso	535.148	32,62
Obesidade I	372.746	22,72
Obesidade II	174.214	10,62
Obesidade III	118.755	7,24
Cobertura dos avaliados em relação população por faixa etária	<b>1.640.780</b>	<b>6,17</b>
<b>Idosos</b>		
Baixo Peso	54.718	10,12
Eutrofia	177.681	32,87
Sobrepeso	308.207	57,01
Cobertura dos avaliados em relação população Municipal por faixa etária	<b>540.606</b>	<b>7,39</b>

---

Elaboração Própria, 2023.

### 3. Conhecendo As Equipes De Saúde

Responsáveis: Adriana Aparecida de Oliveira Barbosa, Barbara Cassetari Sugizaki e Gabriela de Andrade Meira

Com o objetivo de conhecer as práticas de trabalho das equipes de saúde e estabelecer proximidade com os profissionais e gestores nos municípios selecionados pelo projeto ArticulaRRAS, uma série de atividades foram desenvolvidas. Esse processo compreendeu diversas etapas, incluindo a elaboração e validação de um instrumento destinado ao diagnóstico do processo de trabalho, realização de oficinas de trabalho para a construção do Modelo Lógico e avaliação da qualidade do serviço.

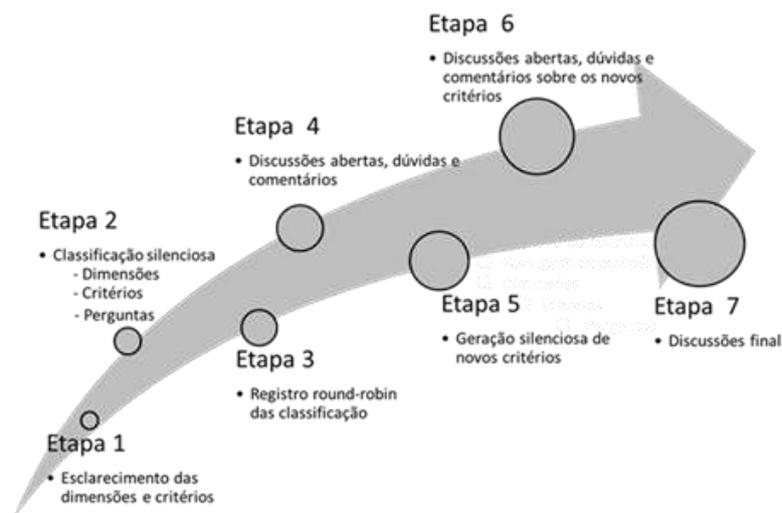
#### 3.1. Construção do instrumento

O desenvolvimento do instrumento de autoavaliação partiu de um questionário prévio de avaliação dos cuidados prestados às pessoas com excesso de peso e obesidade no âmbito da APS no Brasil, organizado em 4 dimensões: 1) Organização do Cuidado Integral na Atenção Primária à Saúde, 2) Organização da Atenção Primária à Saúde, 3) Institucionalização das políticas públicas para obesidade na Atenção Primária à Saúde e 4) Desempenho do Sistema de Saúde

Como o instrumento modelo em questão foi construído com foco na avaliação organização da assistência da obesidade, foi realizado a inserção de novas questões relacionadas à Hipertensão, Diabetes e tabagismo, após extensa revisão da literatura e dos documentos oficiais seguida de discussões em grupo, incluído pesquisadores parceiros do projeto a fim de ajustar as questões.

Após construção da versão inicial do instrumento, foi realizado o painel de especialistas conforme recomendado por Deslandes *et al.* (2010) e Rubio *et al.* (2003) onde foram convidados profissionais do serviço, professores e pesquisadores de diferentes instituições e áreas de atuação, incluindo inclusive profissionais do Ministério da Saúde.

No primeiro painel, que participaram 11 especialistas, envolveu 7 etapas (Figura 10): 1) Esclarecimento das dimensões e critérios; 2) Classificação silenciosa (Dimensões; Critérios e Perguntas); 3) Registro Round-Robin das classificações; 4) Discussões coletivas, dúvidas e comentários; 5) Geração silenciosa de novos critérios; 6) Discussões coletivas, dúvidas e comentários sobre os novos critérios; 7) Discussões finais. Nessa primeira etapa, os especialistas avaliaram cada critério e suas respectivas questões quando a relevância, se incluiria ou excluiria alguma questão em um questionário no *Google Forms* seguida de discussão coletiva.

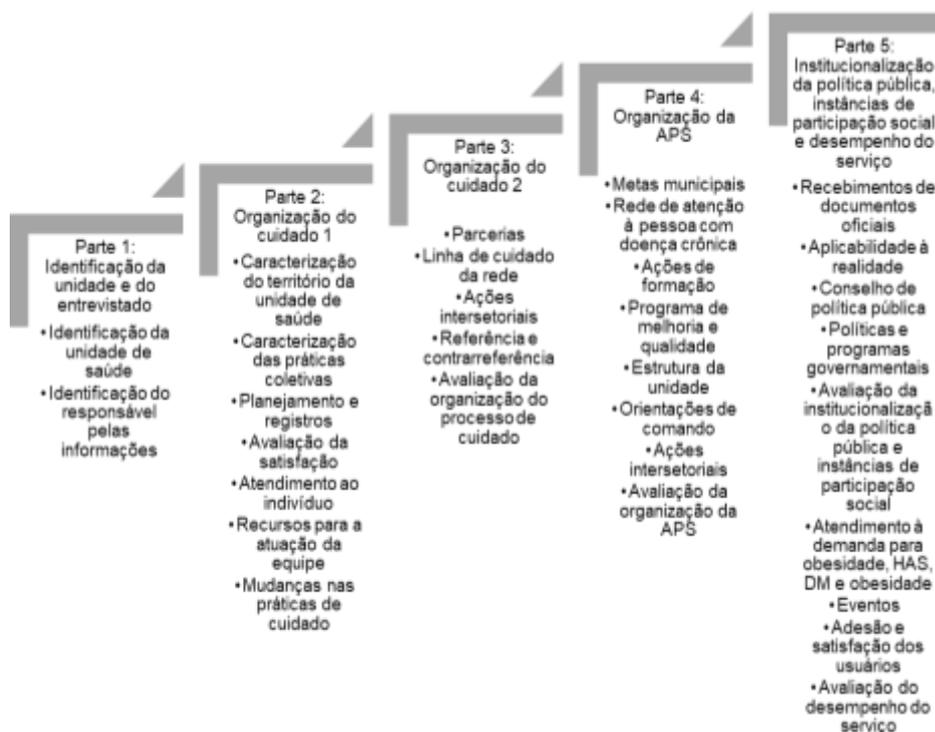


**Figura 10.** Percurso metodológico para a realização do painel de especialistas. 2023. Fonte: Elaboração própria.

Após o primeiro painel, foi realizada a transcrição da gravação do encontro. Todos os comentários realizados via *Google Forms* ou oriundos da transcrição foram sistematizados e inseridos no instrumento.

Em seguida, foi realizado um segundo painel de especialista com a participação de 8 especialistas onde realizaram uma nova revisão dos critérios e questões, bem como das alterações realizadas. Após consenso foram realizados os últimos ajustes, construindo assim a versão final do instrumento.

O instrumento final, denominado *AuditRRAS-APS*, foi composto por 5 formulários diferentes, com 173 questões ao todo, construídos em *Google Forms*. A decisão de dividir o instrumento em 5 partes, para assim, facilitar e fracionar o preenchimento pelas equipes. A Parte 1 incluiu a identificação dos profissionais e da unidade de saúde. A Parte 2 e a Parte 3 corresponderam às questões relacionadas pela organização do cuidado e serviço oferecido dentro da unidade de saúde. A Parte 4 correspondeu às questões relacionadas pela organização da APS ao nível municipal. A Parte 5, por fim, incluiu as questões relacionadas à participação social, institucionalização das políticas estaduais e nacionais e a autoavaliação sobre o desempenho do serviço. Os critérios que compõem cada uma das dimensões podem ser observados na figura 11.



**Figura 11.** Dimensões e critérios de avaliação. 2023. Fonte: Elaboração própria.

O AuditRRAS-APS foi elaborado incorporando todas as orientações técnicas presentes nos documentos oficiais para as condições crônicas, apesar do reconhecimento de que a implementação dessas diretrizes ainda estar distante da prática de trabalho de muitos profissionais. Diante desse hiato entre a teoria e a prática, é essencial que os profissionais de saúde se apropriem das diversas políticas e ferramentas destinadas a promover a qualidade dos serviços. As respostas do instrumento, elaboradas de forma colaborativa e embasadas na experiência prática, não apenas incentivam o desenvolvimento crítico-reflexivo, mas também têm o potencial de enriquecer e alinhar a atuação das equipes de saúde com os princípios do Sistema Único de Saúde.

Por fim, Foi desenvolvido um Manual de Orientação de Preenchimento para acompanhar o instrumento, fornecendo diretrizes e explicações para cada questão, a fim de esclarecer dúvidas e orientar as equipes durante o processo de discussão. Além disso, uma versão online do AuditRRAS-APS foi criada com o suporte de um consultor especializado em ferramentas digitais. Esse processo envolveu discussões para escolha da melhor estratégia, resultando na adoção da ferramenta Google Forms. A versão online foi dividida em cinco formulários distintos, facilitando o preenchimento e reduzindo desistências, permitindo que cada parte seja respondida independentemente.

### 3.2. Aproximação com os municípios

Após a elaboração do questionário, ocorreu um encontro síncrono com o apoio e participação do Conselho de Secretários Municipais do Estado de São Paulo (COSEMS-SP). Como parte das estratégias, foi produzido um vídeo de divulgação e apresentação, disponível para acesso no site do ArticulaRRAS ([Clique Aqui](#)). Durante essa reunião, os secretários municipais de todos os municípios selecionados pelo projeto, por meio dos e-mails registrados via COSEMS-SP, foram convidados a participar. A Professora Maria Rita, coordenadora do projeto, e Aparecida Pimenta, Secretária Executiva do COSEMS/SP, apresentaram os objetivos do projeto, destacando sua relevância para o fortalecimento da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e da APS em cada município. O encontro contou com a presença de representantes de 11 municípios (Araçatuba, Assis, Cordeirópolis, Iguape, Itapira, Jundiá, Lorena, Registro, São Sebastião da Gramma, São Simão e Uru), além de uma articuladora da região do Vale do Ribeira.

Diante da baixa adesão dos municípios ao encontro inicial, foram organizados uma série de outros encontros regionais síncronos. Nesses eventos, os municípios foram contatados por telefone por uma bolsista do projeto. Foram realizados 12 desses encontros adicionais, o que possibilitou a aproximação de mais 34 municípios: Araminas, Arealva, Aspásia, Batatais, Bernardino de Campo, Capão Bonito, Corumbataí, Cristais Paulista, Descalvado, Eldorado, Guaraçaí, Ilha Comprida, Iporanga, Itápolis, Jacareí, Leme, Lupércio, Matão, Mira Estrela, Nhandeara, Olímpia, Pacaembu, Parapuã, Penápolis, Potirendaba, Pontal, Praia Grande, Quatá, Sales Oliveira, Salto de Pirapora, São Simão, Sarutaiá, Taquaral e Trabiju.

Os municípios participantes acolheram positivamente o projeto ([Clique aqui](#)), destacando sua relevância no contexto pós-pandemia. Mencionaram estar em um processo de reorganização do cuidado às pessoas com DCNT e reconheceram o desgaste das equipes de saúde devido à rotina intensa. Afirmaram que o projeto auxiliará na sistematização das práticas existentes e na elaboração de futuras ações. Foi acordado que a equipe do projeto agendará encontros presenciais nos municípios para apresentar e discutir detalhadamente o projeto com os profissionais de saúde. **Os municípios que concordaram em participaram indicaram um interlocutor local e assumiram o compromisso escrito de ceder espaço na rotina de trabalho para que os trabalhadores pudessem desenvolver as atividades do projeto.**

Da parte da Secretaria de Saúde do Estado foram realizadas uma reunião de apresentação do projeto com Diretor Técnico da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Secretaria de Estado da Saúde (Marco Antônio de Moraes), o Coordenador da Área Técnica de Atenção Básica (Arnaldo Sala) e sua equipes em maio de 2021. Marco Antônio apontou a necessidade de intensificar as ações na área do tabagismo e atividades físicas e forneceu contatos de especialistas do Estado para apoio

o trabalho. Esses especialistas foram contatados e participaram como assessores ad hoc na construção do instrumento de avaliação. O Coordenador da Atenção Básica justificou que não seria possível o envolvimento das articuladoras regionais no trabalho dada a sobrecarga de trabalho. Fomos demandados sobre informações quanto ao projeto e tivemos a participação da Secretaria em eventos realizados, quando sempre é manifestado o reconhecimento da relevância do projeto.

### 3.3. Visita de apresentação

A partir de novembro de 2021, foram iniciados os encontros presenciais com os municípios que aderiram ao projeto. No primeiro encontro, os profissionais de saúde foram introduzidos ao projeto e suas etapas de trabalho foram apresentadas detalhadamente. Durante esse momento, também se iniciou a identificação das principais demandas, dificuldades enfrentadas e áreas em que o projeto poderia oferecer suporte.

Entre as principais demandas identificadas, destacam-se: o desenvolvimento do senso de equipe e trabalho interprofissional; o aumento da adesão aos tratamentos e consultas; a introdução de metodologias de trabalho mais ativas e participativas; a capacitação das equipes no cuidado aos pacientes com DCNT; a criação de materiais educativos; o auxílio no diagnóstico do processo de trabalho; a retomada das atividades coletivas; e a divulgação de informações sobre saúde e cuidados de qualidade relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, entre outras.

No encontro foi realizada também a apresentação e orientação em relação ao preenchimento do instrumento online de avaliação do processo de trabalho.

Após uma primeira rodada de visitas e contatos, foram excluídos os municípios que manifestaram o não interesse em participar do projeto ou que não se tivesse obtido resposta após 5 tentativas de contato por diferentes vias (e-mail e/ou telefone). Dessa forma, foi necessária a inserção de novos municípios para se atingir a amostra inicial.

Para a segunda etapa de seleção de municípios foram selecionados 40 novos municípios com até 45% de prevalência de Obesidade utilizando o indicador IMC/Idade (SISVAN, 2021) conforme disposto na Tabela 2.

**Quadro 4.** Relação dos municípios com até 45% de prevalência de Obesidade utilizando o indicador IMC/Idade (SISVAN, 2021), selecionados para a segunda chamada do projeto ArticulaRRAS - DCNT - SP. Botucatu, 2021.

Municípios Inseridos	Pop Estimada 2021 - IBGE Cidades
Fernão	1739
Arco íris	1755
Santa Cruz da esperança	2166
Lucianópolis	2412
Embaúba	2446
São João das duas Pontes	2555
Oscar Bressane	2603

Municípios Inseridos	Pop Estimada 2021 - IBGE Cidades
Magda	3086
Rubiácea	3195
Rifaina	3651
Macedônia	3686
Eliziário	3742
Mariópolis	4098
Santópolis do Aguapeí	4856
Pratânia	5371
Ipiguá	5557
Barra do Chapéu	5794
Américo de Campos	5993
Campina do Monte Alegre	6088
Piacatu	6093
Alambari	6231
Jaborandi	6963
Cosmorama	7289
Terra Roxa	9502
Herculândia	9649
Iaras	9786
Ariranha	9851
Reginópolis	10047
Vera Cruz	10804
Duartina	12421
Piratinga	13890
Patrocínio Paulista	14941
Auriflama	15316
Holambra	15605
Fartura	16102
Lucélia	22022
Santa Rita da passa quatro	27641
Casa Branca	30655
Monte Alto	51039
Lençóis Paulista	69533
Fonte: Elaboração própria. Verde - Municípios de até 10 mil habitantes; Laranja - Municípios de até 50 mil habitantes; Azul - Municípios de até 70 mil habitantes	

Participaram da primeira visita 319 profissionais de 47 municípios. A lista de municípios, data de encontro e número de participantes da primeira rodada estão disponíveis no Quadro 5.

**Quadro 5.** Municípios participantes das oficinas realizadas na primeira rodada ArticulaRRAS. Botucatu, 2023.

Cidade	Data do encontro	Número de participantes
Batatais	16 de novembro de 2021	7

Cristais Paulista	17 de novembro de 2021	6
Pontal	18 de novembro de 2021	8
Sales de Oliveira	18 de novembro de 2021	19
Descalvado	19 de novembro de 2021	7
Assis	25 de novembro de 2021	20
Lupércio	25 de novembro de 2021	6
Bernardino de Campos	26 de novembro de 2021	9
São Sebastião da Gramma	7 de dezembro de 2021	47
Leme	8 de dezembro de 2021	1
Corumbataí	8 de dezembro de 2021	5
Taquaral	9 de dezembro de 2021	10
Matão	10 de dezembro de 2021	11
Parapuã	14 de dezembro de 2021	6
Martinópolis	15 de dezembro de 2021	8
Araçatuba	15 de fevereiro de 2022	2
Uru	15 de fevereiro de 2022	5
Itaju	16 de fevereiro de 2022	13
Cordeirópolis	23 de fevereiro de 2022	11
Itirapina	23 de fevereiro de 2022	2
Trabiju	24 de fevereiro de 2022	7
Itápolis	25 de fevereiro de 2022	2
Capão Bonito	03 de março de 2022	5
Tarumã	04 de março de 2022	6
Sarutaiá	04 de março de 2022	7
Mira Estrela	08 de março de 2022	2
Nhandeara	09 de março de 2022	5
Guaraçai	09 de março de 2022	5
Aspásia	10 de março de 2022	4
Santa Fé do Sul	10 de março de 2022	2
Potirendaba	11 de março de 2022	1
Lorena	16 de março de 2022	13
Jacaré	17 de março de 2022	3
Jundiá	18 de março de 2022	2
Fernão	06 de abril de 2022	12
Vera Cruz	06 de abril de 2022	1
Oscar Bressane	07 de abril de 2022	2
Herculândia	07 de abril de 2022	3
Arco-Íris	12 de abril de 2022	4
Lucianópolis	12 de abril de 2022	2
Pratânia	13 de abril de 2022	3
Iaras	19 de abril de 2022	11
Anhembi	19 de abril de 2022	5
Piratininga	21 de abril de 2022	2
Elisiário	27 de abril de 2022	1
Cosmorama	28 de abril de 2022	5

Ipiguá	29 de abril de 2022	1
		319

Fonte: Elaboração própria.

A visita de apresentação e orientação do trabalho foi de extrema importância para conhecer o município. Na maioria das vezes a equipe era recebida pelos secretários ou secretárias de saúde e na sequência se desenvolvia de orientação das equipes.

Foi previsto no projeto a realização de entrevistas em profundidade com os gestores para um maior conhecimento da realidade. Não realizamos entrevistas estruturadas, no entanto, mantivemos um canal aberto por e-mail e WhatsApp, fizemos algumas enquetes online e todas as sugestões foram acatadas.

### **3.4. Oficina de trabalho – Construção do MLT e devolutiva da autoavaliação**

A partir de maio de 2022, teve início a segunda fase de reuniões presenciais com os municípios onde a primeira oficina de trabalho foi conduzida. Esta etapa começou com os municípios que haviam concluído o preenchimento do instrumento diagnóstico do processo de trabalho. Primeiramente, foi conduzida uma reflexão sobre o preenchimento do instrumento, discutindo-se as percepções das equipes, os sentimentos envolvidos, o tempo e a organização necessários para o preenchimento.

Em seguida, foi apresentado um relatório qualitativo baseado nas respostas enviadas por todas as equipes do município envolvidas. O relatório abordou principalmente o conhecimento da equipe sobre a população e o território da unidade, participação em programas, realização de reuniões de planejamento e avaliação do serviço, ações e atividades desenvolvidas, registro de informações sobre DCNT, avaliação de satisfação, utilização de material educativo, principais dificuldades relatadas pelas equipes, parcerias e trabalhos intersetoriais, existência de protocolos de atendimento, sistemas de referência e contrarreferência, estrutura física e de equipamentos da unidade, capacitação e educação permanente, estruturação da linha de cuidado, participação da sociedade civil organizada, apoio recebido da gestão para estruturação e execução do trabalho, e autoavaliação do desempenho da equipe.

Durante a apresentação do relatório, as respostas das equipes foram discutidas e validadas para avaliar sua representatividade da realidade da equipe, proporcionando espaço para discussões sobre a percepção do cuidado e as transformações necessárias para o aprimoramento do trabalho. Além disso, foi entregue a cada equipe um relatório individual com base nas respostas enviadas, construído da mesma forma que o relatório coletivo do município.

Em seguida, foi realizado um momento lúdico com o objetivo de dialogar sobre as mudanças nas práticas de trabalho e propor um planejamento por meio da construção de

um Modelo Lógico Teórico (MLT). O momento lúdico começou com a apresentação de uma animação criada pela equipe do projeto, que resumia a história "Os Três Porquinhos". Vídeo pode ser acessado pelo link <https://www.youtube.com/watch?v=BPk24dk91hw>.

Após assistir ao vídeo, os profissionais participaram de uma discussão respondendo a algumas perguntas: quem eram os atores, quais eram os objetivos, o que os atores precisavam fazer para alcançar os objetivos, e quais eram os recursos e habilidades necessários.

Em seguida, os profissionais foram apresentados ao MLT e seus componentes. Eles foram orientados a identificar na história "Os Três Porquinhos" os recursos e ações necessárias, bem como os resultados e impactos esperados para que os atores da história alcançassem seus objetivos. Um exemplo do MLT construído por meio dessas discussões pode ser observado na Figura



**Figura 12.** Modelo lógico teórico, construído através do momento lúdico. Botucatu, 2022.

Após essa fase, os profissionais participantes foram subdivididos em equipes de 4 a 6 membros para promover discussões e desenvolver um MLT relacionado ao cuidado das pessoas com DCNT. Cada equipe foi incentivada a identificar e enumerar os recursos e ações necessários para atingir os resultados e impactos desejados, considerando suas respectivas atribuições e responsabilidades profissionais. Após as deliberações dos grupos, houve uma reunião conjunta para consolidar um MLT final abrangendo todo o grupo (município). Nesse processo, foram considerados os trabalhos individuais de cada equipe, visando criar um MLT que refletisse de maneira abrangente as contribuições de todos os profissionais envolvidos.

Por fim, era realizada avaliação final através da técnica “que bom, que pena e que tal”.

Dessa forma, devido à não conclusão da amostra inicial proposta, foram intercaladas visitas de apresentação do projeto. Estas incluíam uma explicação detalhada do projeto e suas etapas, a apresentação do instrumento e orientações sobre seu preenchimento, além de uma dinâmica para desenvolver a atividade de construção do MLT.

Participaram da oficina 391 profissionais de 40 municípios. Os detalhes dos municípios, datas de encontros e número de participantes da segunda rodada estão disponíveis no [Quadro XX](#).

**Quadro 6.** Municípios participantes das oficinas realizadas na segunda rodada ArticulaRRAS. Botucatu, 2022.

<b>Cidade</b>	<b>Data</b>	<b>Número de participante</b>
Itaju	19 de maio de 2022	10
Corumbataí	31 de maio de 2022	14
Descalvado	01 de junho de 2022	6
Itápolis	01 de junho de 2022	8
São Sebastião da Gramma	02 de junho de 2022	30
Batatais	07 de junho de 2022	6
Sales de Oliveira	07 de junho de 2022	20
Aramina	08 de junho de 2022	6
Pontal	08 de junho de de 2022	4
Uru	09 de junho de 2022	5
Sarutaiá	14 de junho de 2022	2
Bernardino de Campos	14 de junho de de 2022	12
Tarumã	15 de junho de 2022	4
Itirapina	23 de junho de 2022	3
Guaraçáí	04 de julho de 2022	10
Martinópolis	05 de julho de 2022	5
Fernão	06 de julho de 2022	6
Capão Bonito	12 de julho de 2022	22
Jacareí	13 e 14 de julho de 2022	34
Cordeirópolis	20 de julho de 2022	12
Pratânia	29 de julho de 2022	7
Vera Cruz	03 de agosto de 2022	7
Parapuã	03 de agosto de 2022	19
Santa Fé do Sul	04 de agosto de 2022	9
Aspásia	05 de agosto de 2022	4
Iaras	10 de agosto de 2022	2
Herculândia	10 de agosto de 2022	4
Trabiju	11 de agosto de 2022	8
Oscar Bressane	16 de agosto de 2022	15
Cristais Paulista	17 de agosto de 2022	3
Taquaral	17 de agosto de 2022	5
Eldorado	31 de agosto de 2022	3
Ilha Comprida	01 de setembro de 2022	9
Iguape	05 de setembro de 2022	5
Araçatuba	05 e 06 de setembro de	39
Iporanga	09 de setembro de 2022	3
Cananéia	09 de setembro de 2022	9
Assis	14 de setembro de 2022	12

Lorena	16 de setembro de 2022	8
Praia Grande	06 de setembro de 2022	1
		391

Fonte: Elaboração própria, 2022.

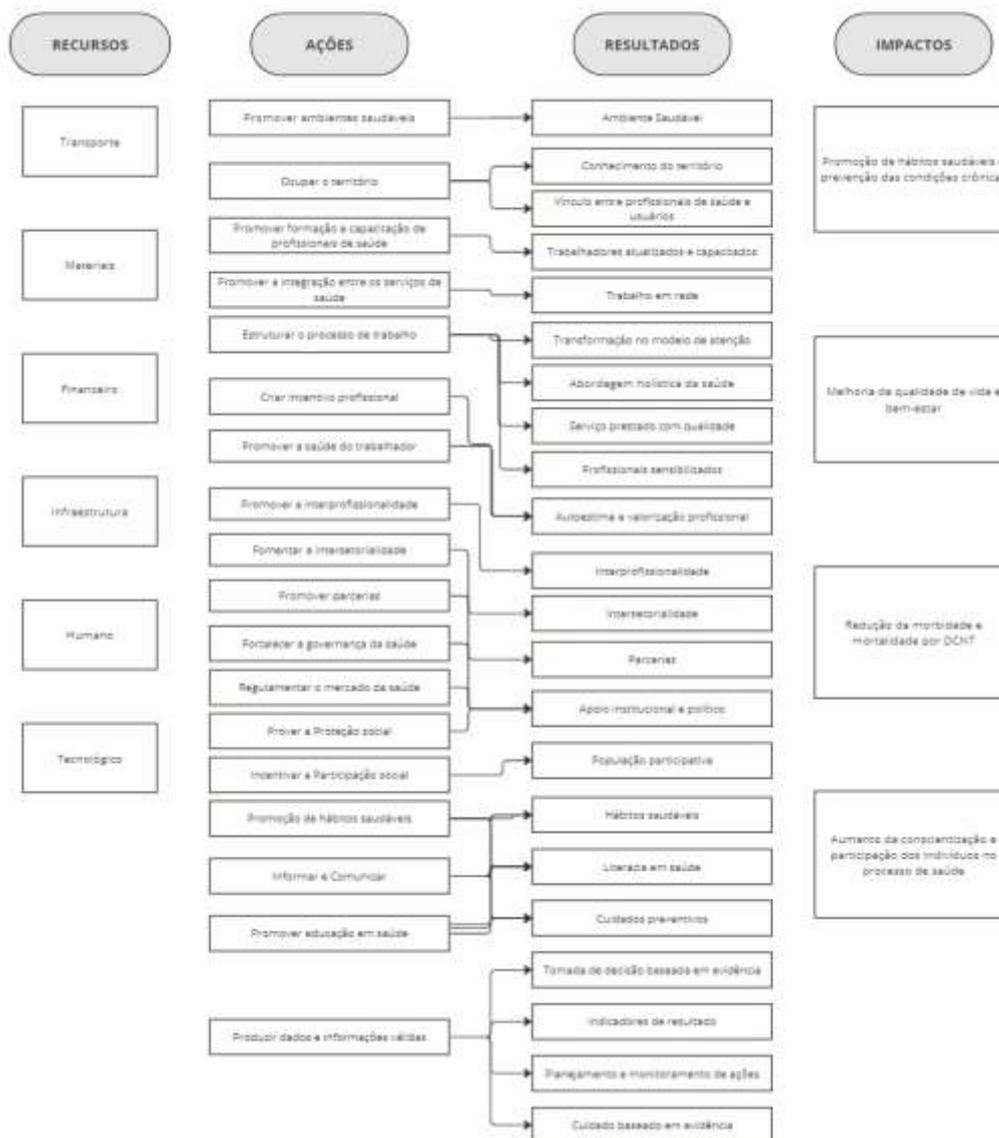
Por razões logísticas de viagem e o início do processo formativo, as viagens foram encerradas, apesar de não ter sido atingida a amostra inicial de 66 municípios. Foram realizadas visitas presenciais (incluindo as apresentação e oficina) em 54 cidades, além de contatos por e-mail e telefone, entretanto, apenas 36 municípios fizeram a adesão e iniciaram projeto formativo.

### **3.5. Construção do Modelo Lógico Teórico**

A construção do Modelo Lógico de Trabalho (MLT) para o cuidado das pessoas com condições crônicas no estado de São Paulo foi realizada por meio de entrevistas com profissionais da área de saúde, visando identificar e enumerar os recursos e ações necessários para alcançar os resultados e impactos desejados. Esse processo considerou suas respectivas atribuições e responsabilidades profissionais, seguido pela análise e sistematização dos dados obtidos, conforme detalhado na seção "Oficina de Trabalho" deste relatório.

Com base nos dados obtidos e na análise de conteúdo realizada, foi possível elaborar um MLT específico para o contexto do projeto ArticulaRRAS, utilizando a Ferramenta Miro. O modelo abrange as atividades essenciais, os recursos necessários, os produtos gerados e os impactos esperados, segundo os profissionais entrevistados.

Ao todo, foram elaborados 35 modelos, identificando-se 163 recursos, 452 ações, 201 resultados e 180 impactos. Após a análise de conteúdo e categorização, foi elaborado um o MLT final, conforme apresentado na Figura 13.



**Figura 13.** Modelo Lógico de Trabalho (MLT) para o Cuidado de Pessoas com Condições Crônicas nos municípios do projeto ArticulaRRAS. Botucatu, 2024.

Abaixo há uma descrição sobre cada uma das categorias construídas para os recursos e ações:

**I. Recursos**

- a) **Transporte:** recursos relacionados à locomoção de profissionais, usuários e equipamentos para atividades fora das unidades de saúde, incluindo para área rural e/ou que possibilite que usuários com dificuldade de locomoção acessem os serviços de saúde.
- b) **Materiais:** recursos necessários para a realização das atividades de saúde, como equipamento e móveis adequados aos usuários, especialmente com obesidade. Além disso, incluir também matérias para divulgação e sensibilização a serem utilizados em campanhas (material educativo, folders, entre outros) e para decoração dos espaços físicos.
- c) **Financeiro:** recursos monetários para financiar diversas atividades e ações de promoção e prevenção, incluindo a realização de atividades na comunidade, capacitações, compra de materiais e equipamentos, entre outros investimentos.

- d) **Infraestrutura:** recursos relacionados à infraestrutura física, como espaços adequados para atividades, ampliação de estruturas de atividade física, incluindo ambiente alimentar e de outros equipamentos públicos.
- e) **Humanos:** refere-se à contratação de profissionais de saúde, em número adequado e com formação e capacitação adequada, para o desenvolvimento das atividades, incluindo a própria equipe da unidade (recepção, gestão, entre outros), profissionais especializados. Além disso, inclui recursos financeiros para melhor valorização profissional e remuneração adequada.
- f) **Tecnológicos:** Sistemas de informações e equipamentos (computador, internet) adequados para preenchimento mais rápido e dinâmico dos sistemas de informação, comunicação com outros setores e atendimento aos usuários.

## II. Ações/Atividades

- a) **Promover ambientes saudáveis:** estratégias e intervenções que visam criar e manter ambientes físicos, sociais e políticos que apoiem e promovam escolhas saudáveis e estilos de vida ativos.
- b) **Ocupar o território:** estratégias que visam se aproximar e entender melhor o contexto local, incluindo visitas domiciliares, mapeamento das áreas de atuação, parcerias com líderes comunitários para o desenvolvimento de ações.
- c) **Promover formação e capacitação de profissionais de saúde:** ações e iniciativas destinadas a promover o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades dos profissionais de saúde e equipes multidisciplinares (Ex.: atividades como implementação de reuniões para discussão das equipes, capacitação contínua dos profissionais).
- d) **Promover a integração entre os serviços de saúde:** ações que promovam o estabelecimento de uma colaboração eficaz e coordenada entre diferentes unidades e profissionais de saúde.
- e) **Estruturar o processo de trabalho:** Ações e estratégias para otimizar o funcionamento das unidades de saúde, visando uma prestação de serviços mais eficiente e humanizada. Isso engloba a realização de busca ativa para toda a população, acesso aos registros de pacientes para tomada de decisão, acolhimento humanizado, criação de protocolos, monitoramento dos indicadores de saúde, melhoria na contrarreferência, implementação de horários estendidos e expandidos, realização de visitas domiciliares, construção de fluxogramas de atendimento, entre outras.
- f) **Criar incentivo profissional:** ações de motivação e reconhecimento profissional, incluindo a implementação de programas de reconhecimento, feedbacks construtivos, oportunidades de desenvolvimento profissional e remuneração justa.
- g) **Promover a saúde do profissional de saúde:** estratégias destinadas a assegurar o bem-estar físico e psicológico dos trabalhadores, com foco na prevenção de doenças ocupacionais, na promoção de ambientes laborais seguros e saudáveis, a oferta de serviços de aconselhamento e suporte emocional, a promoção de práticas de autocuidado, o acesso a serviços de saúde mental e outros.
- h) **Promover a Interprofissionalidade:** abrange a implementação de equipes multidisciplinares e o fortalecimento do trabalho conjunto entre profissionais de diferentes áreas para oferecer uma assistência mais abrangente e eficaz (estruturação e fortalecimento do NASF, a introdução de profissionais de

atividade física, como educadores físicos, e o acompanhamento clínico das crianças por equipes multidisciplinares).

- i) **Fomentar a intersetorialidade:** articulação para a colaboração e parceria entre diversos setores governamentais, como câmara de vereadores, secretarias de educação, cultura, esportes, meio ambiente, entre outros, visando promover a saúde e o bem-estar da comunidade de forma integrada. Isso inclui a planejamento e desenvolvimento de ações em conjunto, além do compartilhamento de informações e estrutura.
- j) **Promover parcerias:** envolve a colaboração entre diferentes setores da sociedade, como empresas, agricultores, escolas, igrejas, e sociedade civil, visando promover a saúde e o bem-estar da comunidade, como, por exemplo, a realização de eventos em praças, articulação com empresas para captação de recursos, envolvimento de líderes comunitários e associações de bairro, feiras com ações sociais, entre outras.
- k) **Fortalecer a governança da saúde:** estratégias destinadas a aprimorar a gestão e o controle das políticas e práticas de saúde, incluindo a implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação, o fortalecimento das estruturas de liderança e coordenação e a promoção da transparência e prestação de contas.
- l) **Regulamentar o mercado da saúde:** implementação de políticas, leis (municipais, estaduais e federais) e regulamentações destinadas a monitorar e controlar as atividades e práticas no setor da saúde e a aquisição de alimentos.
- m) **Prover a Proteção social:** implementação de políticas e programas que garantem o bem-estar socioeconômico da população em situações de vulnerabilidade, como desemprego, doença, invalidez e velhice. Isso inclui benefícios sociais, como assistência médica, aposentadoria e seguro-desemprego, além de programas de educação e inclusão social.
- n) **Incentivar a Participação social:** promoção de iniciativas e políticas que estimulam o envolvimento ativo dos cidadãos na tomada de decisões e no processo de formulação, implementação e monitoramento de políticas públicas.
- o) **Promoção de hábitos saudáveis:** iniciativas e programas que visam incentivar a adoção de comportamentos e práticas que contribuam para a melhoria da saúde e prevenção de doenças.
- p) **Informar e Comunicar:** disseminação de informações relevantes e educativas para os usuários dos serviços de saúde, utilizando ferramentas modernas, tem como propósito principal aumentar o conhecimento sobre questões relacionadas à saúde e incentivar a adoção de comportamentos saudáveis.
- q) **Educação em Saúde:** estratégias e intervenções voltadas para promover o conhecimento, a conscientização e a mudança de comportamento em relação à saúde em diferentes grupos populacionais e contextos, como, por exemplo, desenvolvimento de ações educativas em escolas (com a inclusão das crianças e os pais), realização de cursos e capacitações para a população, grupos de sensibilização e educação dentro e fora das unidades de saúde, palestras, oficinas práticas, orientações nutricionais, atividades físicas em grupo, entre outras iniciativas.
- r) **Produzir dados e informações válidas:** coletar, registrar e analisar informações de maneira precisa e confiável, utilizando indicadores e sistemas de informações disponíveis

Em relação aos resultados esperados, foram elaboradas 22 categorias que representam objetivos alcançados por meio da execução e implementação de ações específicas. Destacam-se, entre os resultados, a promoção de ambientes saudáveis, o fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários, a atualização dos trabalhadores, contribuindo para a transformação do modelo de atenção e uma abordagem mais holística. Além disso, inclui-se a valorização profissional, parcerias e trabalho multiprofissional na saúde, bem como uma população mais participativa e com hábitos de vida saudáveis, aderindo melhor ao tratamento e às ações. Por fim, as ações relacionadas à obtenção e utilização das informações em saúde visam promover a tomada de decisões baseadas em evidências.

Por fim, foi possível identificar quatro temas centrais em relação aos impactos: promoção de hábitos saudáveis e prevenção das condições crônicas; melhoria da qualidade de vida e bem-estar; redução da morbidade e mortalidade por DCNT; e aumento da conscientização e participação dos indivíduos no processo de saúde.

### **3.6. Avaliação dos usuários**

Considerando que o projeto já havia realizado o diagnóstico da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da perspectiva dos profissionais de saúde em cada município, compreende-se também a importância da avaliação dos serviços de saúde através da óptica dos usuários, dessa forma, entre novembro de 2022 e abril de 2023 foi aplicada a versão reduzida do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) e adaptada para o Brasil, já validada.

O PCATool é um instrumento criado para a avaliação da qualidade de serviços de saúde através na avaliação dos atributos (acesso ao primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação de atenção) e derivados (competência cultural, orientação familiar e comunitária). Para isso, a escolha do PCATool é justificada por literaturas que o apontam como um instrumento válido e fidedigno para a avaliação da qualidade da APS, além de duplamente validado. Além disso, o PCATool também foi considerado o instrumento mais completo e adequado para mensurar os atributos necessários à APS, que permite a avaliação de características de estrutura e processo dos serviços de cuidados primários.

Ao todo o instrumento foi aplicado em 33 municípios. Sendo eles: Araçatuba, Aramina, Aspásia, Assis, Batatais, Capão Bonito, Cordeirópolis, Corumbataí, Cristais Paulista, Descalvado, Fernão, Guaraçaí, Iaras, Iporanga, Itaju, Itápolis, Itirapina, Jacareí, Lorena, Martinópolis, Matão, Oscar Bressane, Parapuã, Pontal, Pratânia, Sales Oliveira, Santa Fé do Sul, São Sebastião da Gramma, Taquaral, Tarumã, Trabiju, Uru e Vera Cruz.

O critério de inclusão das unidades de saúde foi a participação de ao menos um inscrito no processo formativo do projeto. Deste modo, o número máximo de unidades por município foi o número total de unidades contempladas pelo projeto. Dentre os

municípios com mais de uma unidade no processo formativo estabelecemos um número de ao menos uma unidade de saúde com a aplicação do instrumento a cada 10 mil habitantes.

Já em relação ao número de questionários aplicados por município e por unidade de saúde foi realizado por conveniência. Nestes, todos os questionários foram aplicados dentro das unidades de saúde. O critério de inclusão dos participantes foi de pacientes adultos, maiores de 18 anos, que tenham passado ao menos uma vez pela unidade de saúde nos últimos seis meses. Após a abordagem, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido ao participante, que consentindo participar foram identificados e assinaram o termo.

A aplicação do questionário foi realizada por bolsistas do projeto e por estagiários do curso de nutrição. As perguntas foram sistematizadas através do Google Forms e as respostas tabuladas através do Excel.

Ao todo foram aplicados os questionários com 1166 usuários com 18 anos ou mais que estavam na unidade de saúde no dia da visita e consentiram participar da pesquisa. A lista com data, número de unidades e número de participantes está disposta do Quadro 7.

**Quadro 7.** Lista de Municípios e número de instrumentos PCATool aplicados nos municípios do projeto ArticularRAS. Botucatu, 2023.

<b>Data</b>	<b>Município</b>	<b>N unidades</b>	<b>N participantes</b>
22/11/22	Pratânia	1	39
24/11/22	Vera Cruz	1	24
25/11/22	Oscar Bressane	1	33
1/12/22	Trabiju	1	32
2/12/22	Corumbataí	1	23
6/12/22	Itirapina	1	45
8/12/22	Itaju	1	24
13/12/22	Matão	2	31
15/12/22	Iaras	1	30
16/12/22	Uru	1	30
20/12/22	Fernão	1	30
10/01/23	Itápolis	3	27
12 e 13/01/23	Assis	7	78
18/01/23	Pontal	2	24
19/01/23	Sales Oliveira	2	23
20/01/23	Batatais	1	28
25/01/23	Taquaral	1	27
26/01/23	Aramina	1	21
27/01/23	Cristais Paulista	1	19
30/01/23	Cordeirópolis	2	23
31/01/23	Descalvado	3	20
01/02/23	São Sebastião da Gramma	2	13
08 a 10/02/23	Araçatuba	6	113
13/02/23	Tarumã	2	22
14/02/23	Parapuã	2	23
15/02/23	Martinópolis	3	23
27 e 28/02/23	Capão Bonito	5	58
01/03/23	Iporanga	1	25
06/03/23	Guaraçá	2	22
07/03/23	Santa Fé do Sul	3	26
08/03/23	Aspásia	1	17
17 a 25/03/23	Jacareí	14	165
26/03/23	Lorena	2	28

Durante a análise dos dados, observou-se inconsistência em alguns formulários e erros de digitação, dessa forma, o número final de usuários avaliados foi de 1075 usuários em 30 municípios. Os dados apontam que entre os entrevistados 36,7% e 20,6% declararam diagnóstico de HAS e DM, respectivamente. Além disso, 16,8% se declararam com obesidade. Dentre os principais motivos de procura do serviço de saúde se destacam: Consulta de rotina (28,5%), Acompanhantes (16,4%), Consulta extra (11,8%), Coleta de exame (7,2%), Busca de medicamentos (13,1%), Agendamento (3,6) e outros motivos (11,8%). A análise descritiva e estatística dos dados será apresentada em um artigo específico em elaboração.

#### **4. Considerações finais**

Uma grande contribuição do projeto ArticulaRRAS foi a realização de um diagnóstico apurado e ampliada da gestão do cuidado das condições crônicas na APS. Nesse diagnóstico uma contribuição importante foi a de compreender a arquitetura e o funcionamento das redes de políticas públicas e os recursos do território, assim como os fatores que contribuem para desfechos favoráveis (objetos de artigos em fase de elaboração e submissão). O processo de diagnóstico também resultou numa ferramenta muito completa para autoavaliação da gestão do cuidado na APS (artigo submetido). Dos dados secundários uma importante contribuição foi a sistematização das interações por causas sensíveis à APS (objeto de um artigo em elaboração). Os resultados desse diagnóstico foram socializados com as equipes, gestores municipais e estadual, além de contribuir na elaboração do processo de formação.