



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO A DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO *LATO-SENSU* GESTÃO EM ARQUIVOS**

**COBERTURA DAS CONSULTAS MÉDICAS
REALIZADAS NO MUNICÍPIO DE JÓIA NO SEGUNDO
SEMESTRE DE 2010**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

Luiz Otavio da Silva Concórdias

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

**COBERTURA DAS CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS
NO MUNICÍPIO DE JÓIA NO SEGUNDO SEMESTRE DE
2010**

Luiz Otavio da Silva Concórdias

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação a Distância
Especialização *Lato Sensu* Gestão em Arquivos, da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM,RS), como requisito para obtenção do
título de **Especialista em Gestão em Arquivos**.

Orientadora: Prof.^a Dra. Glaucia Vieira Ramos Konrad

Santa Maria, RS, Brasil

2011

**Universidade Federal de Santa Maria
Universidade Aberta do Brasil
Curso de Pós-Graduação Lato-Sensu em Gestão de Arquivos**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Monografia

**COBERTURA DAS CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NO
MUNICÍPIO DE JÓIA NO SEGUNDO SEMESTRE DE 2010**

elaborada por
Luiz Otavio da Silva Concórdias

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão em Arquivos

COMISSÃO EXAMINADORA:

Glauca Vieira Ramos Konrad, Dra.
(Presidenta/Orientadora)

Rosanara Pacheco Urbanetto, Ms. (UFSM)

Fernanda Kieling Pedrazzi, Ms. (UFSM)

Santa Maria, 22 de outubro de 2011

A meus pais.

*A Deus, a minha família, meus amigos e
todos que estiveram ao meu lado.*

*“ da instrução ao sábio, e ele se fará mais sábio;
ensina ao justo, e ele crescerá em entendimento”
Provérbios cap. 9 verso 9*

RESUMO

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação a Distância
Especialização *Lato-Sensu* Gestão em Arquivos
Universidade Federal de Santa Maria

COBERTURA DAS CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NO MUNICÍPIO DE JÓIA NO SEGUNDO SEMESTRE DE 2010

AUTOR: LUIZ OTAVIO DA SILVA CONCORDIAS

ORIENTADOR: GLAUCIA VIEIRA RAMOS KONRAD

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 22 de outubro de 2011.

Esta pesquisa foi realizada com o objetivo de destacar a cobertura das consultas médicas prestadas no município durante o segundo semestre de 2010. Esse levantamento partiu do pressuposto que cabe ao arquivo médico elaborar relatório para fornecer dados referentes ao movimento da cada setor e, o administrador de posse desses dados poder planejar melhorias nos serviços do órgão, cujo destino é o principal responsável. Os registros médicos contribuem para a melhoria dos serviços médicos, pois contem informações que servem de base para os administradores poderem constatar se o serviço é eficiente ou se existem falhas que estão interferindo negativamente e, portanto, os serviços podem ser mais bem planejados para alcançarem maior satisfação dos usuários do serviço. No levantamento de dados estatísticos foram analisadas as fichas de atendimento ambulatorial de todos os atendimentos médicos realizados no segundo semestre de 2010. E concentrou-se na caracterização dos atendimentos médicos baseado nas características das pessoas atendidas nos ambulatórios da secretaria de saúde do município, por gênero, faixa etária e local de residência. Foram consideradas no estudo as consultas médicas realizadas nos postos de atendimento do município, tanto na cidade como no interior. A análise dos dados levantados teve como base a estatística descritiva, pois pretende-se apenas conhecer o universo estudado, no caso a cobertura do atendimento médico no município, tanto a nível municipal como por localidade de residência do paciente. Dentre as 3026 consultas médicas prestadas em todo município, durante o período estudado, 63,71% das consultas foram destinadas a indivíduos do sexo feminino e 36,29% aos indivíduos do sexo masculino, sendo 33,18% das consultas destinadas a indivíduos entre 0 e 19 anos, 35,66% entre 20 e 49 anos e 31,16% com cinquenta anos de idade ou mais. A pesquisa contribui para uma conscientização da importância dos registros médicos e para a melhoria dos serviços em saúde prestados pelo município.

Palavras-chave: Consultas médicas. Arquivo médico. Serviços em saúde. Município.

ABSTRACT

Monograph of Specialization
Graduation Program – *lato sensu* – Records Management
Universidade Federal de Santa Maria

COVERAGE OF MEDICAL CONSULTATIONS HELD IN THE CITY OF JÓIA IN THE SECOND HALF OF 2010

AUTHOR: LUIZ OTAVIO DA SILVA CONCORDIAS
ADVISOR: GLAUCIA VIEIRA RAMOS KONRAD
Place and Date: Santa Maria, October 22nd, 2011.

This study was conducted in order to highlight the coverage of medical consultations provided in the City of *Jóia* during the second half of 2010. This investigation was based on the assumption that it is the medical file center's responsibility to prepare reports to provide data on the movement of each sector so that the administrator of this data can plan improvements in the agency services. Medical records contribute to the improvement of medical services since it contains information that forms the basis for the administrators to find out if the service has been efficient or if there has been failures that are interfering negatively in the agency's performance. Therefore, services would need to be better designed in order to achieve greater satisfaction by service users. Considering the statistical data, medical records of all outpatient medical visits during the second half of 2010 were analyzed. The study focused on the characterization of medical care based on the characteristics of people who were attended in the clinics of the city health department, organized by gender, age and place of residence. For this survey, medical consultations provided in health service centers in the city as well as in the outer parts of the city, like in the countryside, were considered. The data collected was analyzed on a descriptive basis; therefore, it aimed to investigate the issue in a preliminary way so far, considering the case of health care coverage in the city and town of residence of the patients. Among the 3,026 medical consultations provided in the entire city during the study period, 63.71% of the visits were for females and 36.29% for males. Considering age factor, 33.18% of consultations were for individuals between 0 and 19 years old, while 35.66% for people aged 20 to 49 years old; and only 31.16% of the consultations were for the elderly, that is, people in their fifties or older. The research contributed to an awareness on the importance of medical records for the improvement of health services provided by the city..

Key-words: Doctor visits. Medical files. Health services. Municipality Jóia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa Municipal(MAPA, 2007).....	59
Figura 2 – Gráfico: consultas por sexo.....	60
Figura 3 – Gráfico: consultas por grupo de idades.....	60
Figura 4 – Mapa municipal: localidade de Jóia – Sede Urbana(MAPA, 2007)....	63
Figura 5 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Joia-Sede Urbana.....	65
Figura 6 – Mapa municipal: localidade Assentamento Ceres(MAPA, 2007).....	65
Figura 7 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo no Assentamento Ceres.....	67
Figura 8 – Mapa municipal: localidade do Assentamento Rondinha(MAPA, 2007).....	67
Figura 9 – Gráfico: distribuição das consultas médica por faixa etária e sexo no Assentamento Ceres.....	69
Figura 10 – Mapa municipal: localidade da Barroca(MAPA, 2007).....	69
Figura 11 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo na Barroca.....	71
Figura 12 – Mapa municipal: localidade de Botão de Ouro(MAPA, 2007).....	71
Figura 13 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo no Botão de Ouro.....	73
Figura 14 – Mapa municipal: localidade de Carajá Grande.....	73
Figura 15 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo do Carajá Grande.....	75
Figura 16 – Mapa municipal: localidade do Espinilho.....	75
Figura 17 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo do Espinilho.....	77
Figura 18 – Mapa municipal: localidade da Esquina Coronel Lima(MAPA, 2007).....	77
Figura 19 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Esquina Coronel Lima.....	79
Figura 20 – Mapa municipal: localidade da Esquina Nova	79
Figura 21 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Esquina Nova.....	81
Figura 22 – Mapa municipal: localidade de Esquina Santo Antônio.....	81
Figura 23 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Esquina Santo Antônio.....	83
Figura 24 – Mapa municipal: localidade de Esquina São Jorge(MAPA, 2007)....	83
Figura 25 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Esquina São Jorge.....	85
Figura 26 – Mapa municipal: localidade de Esquina Vinte Um de Abril(MAPA, 2007).....	85
Figura 27 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Esquina Vinte Um de Abril.....	87
Figura 28 – Mapa municipal: localidade de Novo Amanhecer(MAPA, 2007).....	87
Figura 29 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Novo Amanhecer.....	89

Figura 30 – Mapa municipal: localidade de Potreirinho(MAPA, 2007).....	89
Figura 31 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Potreirinho.....	91
Figura 32 – Mapa municipal: localidade de Rincão dos Machados(MAPA, 2007).....	91
Figura 33 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Rincão dos machados.....	93
Figura 34 – Mapa municipal: localidade de Rincão dos Pires(MAPA, 2007).....	93
Figura 35 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Rincão dos Pires.....	95
Figura 36 – Mapa municipal: localidade de rincão dos Morais Figura(MAPA, 2007).....	95
Figura 37 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Rincão dos Morais.....	97
Figura 38 – Mapa municipal: localidade de Rondinha.....	97
Figura 39 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Rondinha.....	99
Figura 40 – Mapa municipal: localidade de Santa Tecla(MAPA, 2007).....	99
Figura 41– Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Santa Tecla.....	101
Figura 42 – Mapa municipal: localidade de São João da Bela Vista(MAPA, 2007).....	101
Figura 43 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em São João da Bela Vista.....	103
Figura 44 – Mapa municipal: localidade de São Jose(MAPA, 2007).....	103
Figura 45 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em São Jose.....	105
Figura 46 – Mapa municipal: localidade de São Pedro(MAPA, 2007).....	105
Figura 47 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em São Pedro.....	107
Figura 48 – Mapa municipal: localidade de São Roque. (MAPA, 2007).....	107
Figura 49 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em São Roque.....	109
Figura 50 – Mapa municipal: localidade de São João Mirim. (MAPA, 2007).....	109
Figura 51 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em São João Mirim.....	111
Figura 52 – Mapa municipal: localidade de Simão Bolívar(MAPA, 2007).....	111
Figura 53 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Simão Bolívar.....	113
Figura 54 – Mapa municipal: localidade de Tarumã. (MAPA, 2007).....	113
Figura 55 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Tarumã.....	115
Figura 56 – Mapa municipal: localidade de Trinta e Um de Maio (MAPA, 2007).....	115
Figura 57 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Trinta e Um de Maio.....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população no município.....	61
Tabela 2 - Distribuição das consultas por localidade do município.....	62
Tabela 3 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população em Jóia – Sede Urbana.....	64
Tabela 4 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Assentamento Ceres.....	66
Tabela 5 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Assentamento Ceres.....	68
Tabela 6 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade da barroca.....	70
Tabela 7 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Botão de Ouro.....	72
Tabela 8 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Carajá Grande.....	74
Tabela 9 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Espininho.....	76
Tabela 10 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade da Esquina Coronel Lima.....	78
Tabela 11 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade da Esquina Nova.....	80
Tabela 12 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade da Esquina Santo Antônio.....	82
Tabela 13 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade da Esquina São Jorge.....	84
Tabela 14 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade da Esquina Vinte Um de Abril.....	86
Tabela 15 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade Novo Amanhecer.....	88
Tabela 16 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de Potreirinho.....	90
Tabela 17 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de Rincão dos Machados.....	82
Tabela 18 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Rincão dos Pires.....	94
Tabela 19 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Rincão dos Moraes.....	96
Tabela 20 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de Rondinha.....	98
Tabela 21 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de Santa Tecla.....	100
Tabela 22 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de São João da Bela Vista.....	102
Tabela 23 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de São José.....	104
Tabela 24 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de São Pedro.....	106

Tabela 25 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de São Roque.....	108
Tabela 26 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade São João Mirim.....	110
Tabela 27 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de Simão Bolivar.....	112
Tabela 28 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Tarumã.....	114
Tabela 29 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de Trinta e Um de Maio.....	116

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA)	127
Anexo B –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CF	Constituição Federal
CNPQ	Conselho Nacional de Pesquisa
CONARQ	Conselho Nacional de Arquivos
CFM	Conselho Federal de Medicina
DBTA	Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística
DST	Doenças sexualmente Transmissíveis
FAA	Ficha de Atendimento Ambulatorial
GED	Gerenciamento Eletrônico de Documentos
GTAM	Grupo de Trabalho sobre Arquivos Médicos
NGS	Nível de Garantia de Segurança
PHR	<i>Personal Health Record</i>
PL	Projeto Lei
PPS	Prontuário Pessoal de Saúde
RES	Registros Eletrônicos de Saúde
SBIS	Sociedade Brasileira de Informática em Saúde
PHOAHSA	Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SCA	Centro de Aperfeiçoamento Médico
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSEME	Superintendência de Serviços Médicos do Estado da Guanabara

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1Objetivos	19
1.1.1 Objetivo geral.....	19
1.1.1.1 Objetivos específicos.....	19
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
2.1 Municípios	21
2.1.1 Administração Publica e Gestão Publica.....	22
2.1.2 Município, serviços e documentação	22
2.1.3 Município e serviços público.....	25
2.1.3.1 Serviço público: uma obrigação estatal.....	26
2.2 Serviços de saúde e direito a saúde	26
2.2.1 Sistema Único de Saúde.....	27
2.2.1.1SUS e municipalização da saúde.....	28
2.3 Município de Jóia	29
2.3.1 Secretaria de Saúde Municipal.....	30
2.4 Registros médicos	33
2.4.1 Evolução do Prontuário Médico.....	34
2.4.2 Importância dos prontuários.....	37
2.4.3 Registros médicos e legislação nacional	37
2.2. Arquivologia	44
2.2.1 Arquivo	45
2.2.2 Arquivos especializados	47
2.2.2.1 Sistema de Arquivos Médicos e Estatística – SAME	47
2.2.2.1.1 Breve Historia dos arquivos médicos.....	48
2.3 Gestão documental e legislação	50
2.3.1 Importância da gestão das informações arquivísticas.....	51
2.4 Arquivos de instituições públicas	52
2.4.1 Documentos públicos de arquivo.....	53
2.4.2 Importância dos arquivos para as políticas públicas.....	54
3 METODOLOGIA	56
4 RESULTADOS	59
4.1 Caracterizações das consultas médicas realizadas em todo o município	59
4.2 Caracterização das consultas médicas realizadas no município por localidade de residência dos pacientes	62
4.2.1 Jóia – Sede Urbana.....	63
4.2.2 Assentamento Ceres.....	65
4.2.3 Assentamento Rondinha.....	67
4.2.4 Barroca.....	69
4.2.5 Botão de Ouro.....	71
4.2.6 Carajá Grande.....	73
4.2.7 Espinilho.....	75
4.2.8 Esquina Coronel Lima.....	77
4.2.9 Esquina Nova.....	79
4.2.10 Esquina Santo Antônio.....	81
4.2.11 Esquina São Jorge (cara).....	83

4.2.12 Esquina Vinte Um de Abril.....	85
4.2.13 Novo Amanhecer.....	87
4.2.14 Potreirinho.....	89
4.2.15 Rincão dos Machados.....	91
4.2.16 Rincão dos Pires.....	93
4.2.17 Rincão dos Moraes.....	95
4.2.18 Rondinha.....	97
4.2.19 Santa Tecla.....	99
4.2.20 São Joao Da Bela Vista.....	101
4.2.21 São José.....	103
4.2.22 São Pedro.....	105
4.2.23 São Roque.....	107
4.2.24 São João Mirim.....	109
4.2.25 Simão Bolivar.....	111
4.2.26 Tarumã.....	113
4.2.27 Trinta e Um de Maio.....	115
5 DISCUSSÃO	118
CONCLUSÃO	120
REFERÊNCIAS	121
ANEXOS	125

1 INTRODUÇÃO

Vivencia-se uma era de grandes e rápidas transformações nos meios econômicos, culturais, informacionais, científicos e tecnológicos. Isso acarreta constantes mudanças no mundo, levando as organizações a buscarem formas de se manterem vivas. No entanto, a administração das organizações modernas torna-se cada vez mais complexa. Portanto uma gestão eficiente dos recursos disponíveis nestas organizações é de fundamental importância para a sobrevivência da mesma. Para isso, é importante que os profissionais que atuam nestas organizações tenham um conhecimento profundo sobre o funcionamento das mesmas, para poderem planejar estratégias para alcançar os objetivos e metas esperados.

A mesma realidade é enfrentada pelos profissionais que trabalham com a gestão da informação. As informações tornaram-se um recurso fundamental para as organizações, pois a partir delas é possível atingir o conhecimento necessário para planejar estratégias que garantam a eficiência e eficácia na tomada de decisões no âmbito organizacional.

Para essas organizações, segundo Butti (2004), o eficaz gerenciamento da informação pode fazer a diferença, já que a informação é a principal matéria-prima da atualidade. Pois o excesso, escassez ou a imperícia em sua manipulação subtraem seu poder de agregar qualidade e produtividade à organização, mas por outro lado se mapeada, apreendida, transformada, aplicada e preservada, a informação se transforma em efetiva vantagem competitiva.

Os profissionais que trabalham com a informação devem entender que a pesquisa é a única forma que permite construir objetos a partir da realidade arquivística encontrados em uma instituição. Eles devem levantar dados, produzir fontes, elaborar diagnósticos, projetos de pesquisa e de trabalho, manter relações interdisciplinares com outras áreas afins, analisar a realidade apresentada, tudo tendo como base os fundamentos teóricos que regem estas práticas, isto é, devem seguir orientações teórico-metodológicas, que venham a embasar, com segurança, seus projetos, diagnósticos e suas tarefas de constituição, manutenção e gestão de arquivos. (LOPES, 1997, p.45).

A gestão da informação também é fundamental para os arquivos médicos. O Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, SAME, tornou-se “a memória do hospital” para muitos “pulso do hospital”. E atualmente muitas instituições passaram a usar esses serviços, obtendo assim excelentes resultados, permitindo avaliar o padrão da qualidade hospitalar, bem como com base nas informações disponibilizadas por esse setor, realizar melhorias na qualidade dos serviços oferecidos (CAMPAGNOLLI, 2011, p.1).

O principal motivo de se ter um arquivo numa instituição voltada para a saúde, é o de atender à administração nas várias atividades de acordo com as necessidades de pesquisa técnica, administrativa e financeira, estando aptos ao atendimento, às consultas internas e externas de maneira rápida e precisa. Desse modo, torna-se um serviço imprescindível à instituição, permitindo estimar o valor do trabalho profissional e o grau de eficiência com que são tratados os pacientes. Este, por sua vez, interage com os demais serviços técnicos e administrativos da instituição, colaborando com os mesmos no aprimoramento de assistência prestada. Este serviço é responsável pela organização, auditoria administrativa, armazenamento e guarda de prontuários do paciente, permitindo sua rastreabilidade sempre que for necessário. (PROAHSA, 1978 apud CAMPAGNOLLI, 2011, p. 7).

Baseado nessas afirmações, este trabalho originou-se da necessidade de demonstrar a importância das informações arquivísticas contidas no arquivo da Secretaria de Saúde do município de Jóia(RS), para ter-se uma visão da cobertura dos serviços médicos no município, buscando oferecer informações importantes para os responsáveis pela gestão e implantação de políticas públicas em saúde.

Na Secretaria as fichas são armazenadas no arquivo médico, e posteriormente são eliminadas. Assim as informações não são utilizadas e perdem-se para sempre. Como esses documentos contêm informações relevantes para a administração, torna-se necessário uma pesquisa que análise e apresente de forma metódica os dados importantes para a administração.

Esses dados também são essenciais na elaboração de políticas públicas que melhorem a garantia de que os cidadãos tenha acesso a tratamento adequado e de boa qualidade. Além de servir a administração como apoio a tomada de decisões, os arquivos também podem exercer o papel de difusores de conhecimento. Sendo assim, cabe aqui acrescentar a conclusão de Marinho e Silva (1998, p.26 apud ROSSATO, 2002, p.109), sobre os arquivos na atualidade:

As funções dos arquivos públicos não se esgotam na preservação do direito ao passado, mas vão além, preservando o direito ao presente, quando o indivíduo encontra documentos ou informações que resolvam problemas cotidianos e ainda o direito a um cenário futuro mais promissor. Nesta relação é que um espaço público é legitimado, passando a ter significado. O papel primordial que compete aos arquivos hoje e que justifica a sua existência ao lado da sociedade é agregar uma função social às ações que desenvolvem, às informações que produzem e transferem e à memória coletiva que preservam. (MARINHO JR E SILVA, 1998, p.26 apud ROSSATO, 2002, p.109).”

Em vista disso, percebe-se que a função social dos arquivos está na garantia de que todos os cidadãos possam, a partir de procedimentos democráticos, examinar e julgar a administração de um governo e acompanhar a transparência e os meios de divulgação e preservação da identidade do seu povo.

Cabe ao arquivo médico, elaborar relatório para fornecer dados referentes ao movimento da cada setor e, o administrador de posse desses dados pode planejar melhorias nos serviços do órgão, cujo destino é o principal responsável.

Os arquivos médicos evoluíram, e passaram tanto a trabalhar com prontuários de pacientes atendidos e gerar conhecimento para as instituições, como para organizar e melhorar a quadro de informação em torno destes documentos. (CAMPAGNOLLI, 2011, p.1).

Vários fatores contribuem para a melhoria dos serviços, e de posse desses dados estatísticos podemos descobrir se o serviço é eficiente ou se existem falhas que estão interferindo negativamente e, portanto os serviços podem ser mais bem planejados para alcançarem maior satisfação dos usuários do serviço.

Nesse sentido, a análise da cobertura das consultas prestadas pelos médicos da secretaria de saúde do município em relação às características da população atendida por esse serviço, é fundamental para determinar indicadores que servirão de base para os administradores públicos tenham uma visão do alcance dos serviços médicos prestados.

Baseado nisso, a pesquisa na área dos serviços médicos prestados no município caracteriza-se como importante para obter-se um conhecimento maior do trabalho dos administradores municipais.

A monografia esta estruturada em quatro partes. A primeira parte introdutória compõem-se de breve conteúdo sobre o tema estudado, o problema, os objetivos e a justificativa da pesquisa.

Já na segunda parte é apresentado uma revisão bibliográfica, sobre a história, os conceitos, as funções e a importância dos arquivos médicos, bem como as leis e normas a que estão sujeitos os registros médicos no Brasil. Também são apresentadas reflexões sobre a importância do desenvolvimento de políticas públicas de arquivo médicos para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde pública municipais. Assim como, um breve histórico do município e da secretaria de saúde municipal.

A terceira parte apresenta a metodologia da pesquisa, explicando os passos realizados durante a pesquisa.

A quarta parte apresenta os resultados obtidos com a descrição dos dados levantados.

A quinta parte apresenta a conclusão, onde é apresentada uma síntese da pesquisa..

E por fim as referencias que foram a base para o conhecimento sobre o tema escolhido.

1.1Objetivos

Quanto aos objetivos da pesquisa, eles são caracterizados em gerais e específicos.

1.1.1 Objetivo geral

Descrever a cobertura dos atendimentos médicos prestados no município no segundo semestre de 2010.

1.1.1.1 Objetivos específicos

São objetivos específicos deste trabalho:

- analisar as fichas de atendimento ambulatorial dos pacientes que foram atendidos nos ambulatórios da Secretaria Municipal de Saúde Da município de Jóia, Rs;

- identificar os principais indicadores estatísticos, como sexo, idade, localidade em que reside;

- realizar a distribuição geográfica dos indicadores estatísticos médicos no mapa do município;

- revisar e ampliar os conhecimentos sobre a importância dos serviços de arquivos médicos e estatísticos para a administração pública;

- elaborar análise descritiva dos indicadores estatísticos médicos levantados conforme sua distribuição demográfica.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este capítulo apresenta a revisão bibliográfica que serve de base para a pesquisa realizada.

2.1 Municípios

A autonomia municipal foi garantida pela constituição de 1988. A Constituição rompeu com a tradição dual do federalismo brasileiro que antes de 1988 era baseado na repartição de competências entre apenas duas ordens de entidades federativas, a União e os estados. Assim os municípios passaram a fazer parte da organização político-administrativa da República Federativa do Brasil. Conforme o artigo 18 da Constituição Federal de 1988, a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição. Assim, o município passou a ser uma entidade estatal integrante da Federação. É importante ressaltar que essa integração é uma peculiaridade nossa, pois em nenhum outro Estado Soberano se encontra o Município como peça do regime federativo constitucionalmente reconhecida. Portanto, os municípios brasileiros têm sua autonomia político administrativa, diversamente do que ocorre nas demais federações em que os municípios são circunscrições territoriais meramente administrativas.(FERREIRA, 2005, p.36).

A Constituição de 1988, em seu artigo 30, assegura a autonomia dos municípios para todos os assuntos de seu interesse local. Esses assuntos são divididos em político, administrativo e legislativo. Por político compreende a composição eletiva do governo e edição de normas locais. Quanto ao administrativo compreende-se a organização e execução dos serviços públicos locais. E financeiro a decretação, arrecadação e aplicação dos tributos municipais.(BRASIL, 1988).

Vale ressaltar que o artigo 29 da Constituição Federal estabelece que a organização político-administrativa é feita pelo próprio Município, por lei orgânica

local, votada e aprovada por dois terços dos membros da Câmara Municipal, sendo promulgada pela mesma Câmara, atendidos os preceitos estabelecidos na Constituição.(BRASIL, 1988).

2.1.1 Administração Pública e Gestão Pública

Por administração pública podemos entender: “como a atividade concreta e imediata que o estado desenvolve para a consecução de interesses coletivos, e subjetivamente como o conjunto de órgãos e de pessoas jurídicas aos quais a lei atribui o exercício da função administrativa do estado. É o conjunto das pessoas coletivas públicas, seus órgãos e serviços que desenvolvem a atividade ou função administrativa.(MORAIS, 2001,p.28 apud FREIXO, 2007, p. 52).

Deve-se diferenciar administração pública de gestão pública. A gestão expressa a forma como a administração pública, ou o aparato governamental, funciona. A administração pública enquanto instituição do estado é relativamente estável no seu papel e nas suas características, embora seus objetivos possam mudar ao longo do tempo, enquanto que a gestão esta sujeita a frequentes mudanças [...] em geral, impulsionadas pelos compromissos e estilos das coalizões que governam, pelo regime político e pela agenda de um dado momento da historia. (SOUZA , 2003, p.5 apud FREIXO, 2007, p. 52).

2.1.2 Município, serviços e documentação

Ao crescimento da estrutura administrativa e de serviços para atender as demandas locais, corresponde o crescimento da documentação produzida, espelho da administração e de suas relações com a comunidade. A relação da administração municipal com a documentação estão bem descritas por Machado e Camargo.(1999, apud FERREIRA,2005, p.38).

Qualquer que seja o tamanho do município existe uma estreita correspondência entre a demanda social de serviços e as instituições do poder público criadas para satisfazê-las. A circulação de documentos e sua acumulação em arquivos são uma consequência natural desse processo, uma espécie de produto necessário para o funcionamento de cada órgão: ao mesmo tempo em que constituem instrumentos ou veículos da ação do governo municipal, os documentos testemunham as relações destes com a comunidade a que serve, daí o interesse que continuam mantendo para as próprias instituições e para os munícipes. (MACHADO E CAMARGO, 1999, apud FERREIRA, 2005, p.38).

Entretanto o desconhecimento de suas características e a inexistência de uma eficiente gestão desses documentos provocam sua desvalorização, seu abandono e muitas vezes, sua destruição. Vaz (2011) declara que:

Na maior parte das prefeituras, não é fácil encontrar documentos ou conseguir informações. E, quanto mais antigo for o documento procurado, maiores são as dificuldades para a recuperação das informações nele contidas. A administração dos documentos públicos é geralmente feita de forma mecânica e burocrática. Em muitos municípios, os arquivos municipais são como depósitos de papéis velhos e o acesso às informações é difícil, não só aos cidadãos, mas também aos próprios governantes e funcionários municipais. Sequer os documentos de valor histórico recebem cuidados e, muitas vezes, perdem-se definitivamente. Mesmo nos municípios que têm alguma preocupação com a documentação histórica, o sistema de arquivo privilegia o documento como um fim, e não como um meio de acesso a informações que permitam o exercício da cidadania e a consolidação da identidade cultural da sociedade. (VAZ, 2011, p.1).

Salgado (1989 apud FERREIRA, 2005), referindo-se à administração pública afirma que informação técnica, científica e administrativa, dados numéricos e estatísticos são necessários para tomar decisões, elaborar regulamentos, confeccionar anteprojetos legislativos, organizar estruturas administrativas, elaborar projetos e programas de trabalho, organizar instituições, controlar a gestão pública, etc. Portanto, no desempenho de sua função administrativa cabe aos poderes públicos municipais, de acordo com as normas constitucionais atuais, efetuar o planejamento e estabelecer os programas a serem executados. Essas atividades devem estar apoiadas em informações organizadas, fidedignas, que reflitam a realidade municipal. Segundo Vaz (2011):

Os documentos que a prefeitura produz e guarda em seu poder não são simples papéis velhos para se jogar em qualquer canto. São um patrimônio público, servem à constituição e exercício da cidadania e à preservação da memória do governo e da sociedade local. (VAZ, 2011, p.1).

A responsabilidade do município com a documentação pública esta bem definida pela Constituição de 1988 e posteriormente a Lei Federal nº 8.159, de 1991. A Constituição de 1988 estabelece em seu artigo 216, parágrafo 2º, “Cabem à administração pública, na forma da lei, a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos dela necessitem”. Quanto à questão da informação, segundo o artigo 5º, XIV, “é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional” e segundo o artigo XXIII, “todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestados no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado”. Estes direitos constitucionais foram mais bem especificados através da Lei Federal nº 8.159, sancionada em 8 de janeiro de 1991 e conhecida como “Lei de Arquivos”. Nela foram estabelecidos os princípios, atribuições e responsabilidades com relação aos arquivos públicos e privados.(FERREIRA, 2005).

São atribuições da administração municipal, o estabelecimento do Plano Diretor, do Plano de Governo, do Plano de Diretrizes Orçamentárias, do Plano Plurianual e do Orçamento Anual.

Entre outras determinações, a Lei nº 8.159/1991, estabelece que: é dever do Poder Público a gestão documental e a proteção especial a documentos de arquivos, como instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e como elementos de prova e informação (artigo 1º).

- A eliminação de documentos produzidos por instituições públicas e de caráter público será realizada mediante autorização da instituição arquivística pública, na sua específica esfera de competência (artigo 9).

- Os documentos de valor permanente são inalienáveis e imprescritíveis (artigo 10); - É assegurado o direito de acesso aos documentos públicos (artigo 22);

- Ficará sujeito à responsabilidade penal, civil e administrativa, na forma da legislação em vigor, aquele que desfigurar ou destruir documentos de valor permanente ou considerado de interesse público e social (artigo 25).

A responsabilidade pela administração da documentação pública ou de caráter público, a mesma Lei estabelece em seu artigo 17, que esta compete às instituições arquivísticas federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais.

Ao estabelecer que às instituições arquivísticas municipais cabe a administração dos documentos públicos do município, adequa-se a “Lei de Arquivos” ao artigo 18 da Constituição. Porém, a institucionalização do Sistema de Arquivos e do Arquivo Público Municipal deve ser feita por lei municipal, em obediência à Constituição atual e à Lei Federal nº 8.159/1991. Constituirão esse Sistema de Arquivos, os arquivos correntes, os arquivos centrais (se for o caso), o arquivo intermediário (muitas vezes corresponde nos municípios ao Arquivo Geral), e o arquivo permanente ou Arquivo Público Municipal. A legislação municipal ao constituir o sistema deve estabelecer funções, estrutura e competências para toda a rede, de forma que a gestão dos documentos se faça com eficiência e eficácia. (FERREIRA, 2005).

2.1.3 Município e serviços públicos

Catão (2001) declara que quanto às responsabilidades dos municípios frente aos serviços que deve oferecer, o artigo 30, inciso V da Constituição Federal de 1988, deixa claro que “aos municípios foram reservados todos os serviços públicos que digam respeito ao interesse local”, e os incisos VI e VII introduziram a responsabilidade do município nas áreas de Educação e Saúde. Assim, passam também para a esfera municipal, serviços como a promoção de programas de construção de moradia e a melhoria de condições habitacionais e de saneamento básico, a constituição de guardas municipais, o atendimento em creches, etc. A própria assistência social será descentralizada, cabendo aos municípios e estados a execução de programas coordenados e normatizados pela União (artigo 210, parágrafo 2º).

O conceito de Serviço Público é de relevante importância, motivo pelo qual cumpre destacar-se a noção conceitual de Serviço Público apresentada por Mello(2004):

Serviço público é toda atividade de oferecimento de utilidade ou comodidade material destinada à satisfação da coletividade em geral, mas fruível singularmente pelos administrados, que o Estado assume como pertinente a

seus deveres e presta por si mesmo ou por quem lhe faça as vezes, sob um regime de Direito Público portanto, consagrador de prerrogativas de supremacia e de restrições especiais, instituído em favor dos interesses definidos como públicos no sistema normativo.(MELLO, 2004, p. 620 apud CATÃO, 2001).

2.1.3.1 Serviço público: uma obrigação estatal

Analisando-se a noção constitucional de serviço público percebe-se que o mesmo se configura em uma coisa que não pode ser comercializada. É uma atividade retirada do mercado, ou seja, insusceptível de negociação. Estão fora da livre disposição da vontade de qualquer pessoa, inclusive da administração (poder executivo). Por isso não lhes são aplicáveis os institutos, fórmulas e regime jurídico próprios das relações privadas. Desta forma, o serviço público se caracteriza como uma atividade especial, que, dada sua natureza, e retirada do domínio dos particulares e entrega ao poder publico que deve prestá-las aos cidadãos sem qualquer exceção, a não ser que prevista na constituição. (CATÃO, 2001).

2.2 Serviços de saúde e direito a saúde

Serviços de saúde são estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada. (CATÃO, 2001).

A Constituição Federal(CF) define saúde como "... direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", abandonou-se um sistema que apenas considerava a saúde pública como dever do Estado no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocavam em risco a saúde da coletividade

e assumiu-se que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação. (CATÃO, 2001).

Portanto, não se pode mais considerar a saúde de forma isolada das condições que cercam o indivíduo e a coletividade. Falar, hoje, em saúde sem levar em conta o modo como o homem se relaciona com o seu meio social e ambiental é voltar à época em que a doença era um fenômeno meramente biológico, desprovido de qualquer outra interferência que não fosse tão somente o homem e seu corpo. Hoje existe uma dificuldade em delimitar o termo “saúde”, pois, garantir a saúde da população passa não somente pelos cuidados com a prestação de serviços públicos de saúde que são realizados pelos órgãos e entidades que compõem o SUS, mas passa também, pelo campo do financiamento da saúde, pela melhoria das condições sociais e econômicas que interferem com a saúde.(CATÃO, 2001).

2.2.1 Sistema Único de Saúde

Em 1990, foi criada a Lei n. 8.080/1990 que, em seus artigos 5 e 6, cuidou dos objetivos e das atribuições do Sistema Único de Saúde(SUS), tentando melhor explicitar o art. 200 da CF.

A Constituição da República Federativa do Brasil incluiu o Sistema Único de Saúde como parte da Seguridade Social, e tem como princípios fundamentais, a universalidade, a equidade, a descentralização, a integralidade e a participação da sociedade.

São objetivos do SUS: a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; b) a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos; e c) execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde.

O art. 6º, estabelece como competência do Sistema a execução de ações e serviços de saúde descritos em seus 11 incisos.

O SUS deve atuar em campo demarcado pela lei, em razão do disposto no art. 200 da CF e porque o enunciado constitucional de que saúde é direito de todos e dever do Estado, não tem o condão de abranger as condicionantes econômico-sociais da saúde, tampouco compreender, de forma ampla e irrestrita, todas as possíveis e imagináveis ações e serviços de saúde, até mesmo porque haverá sempre um limite orçamentário e um ilimitado avanço tecnológico a criar necessidades infundáveis e até mesmo questionáveis sob o ponto de vista ético, clínico, familiar, terapêutico, psicológico. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

2.2.1.1 SUS e municipalização da saúde

A municipalização da saúde foi a principal forma adotada para o desenvolvimento da descentralização da saúde, pelos órgãos de gestão colegiada e pelos atores políticos mais relevantes do SUS, ao longo da década de 1990. Isto propiciou uma maior responsabilização dos prefeitos e secretários municipais de saúde, no gerenciamento do sistema local. Pode-se considerar a municipalização como a marca mais significativa da política de saúde que deu lugar de destaque aos executivos municipais na gestão dessa política, transferindo para o executivo municipal, na figura do prefeito e do secretário municipal de saúde, as principais decisões sobre essa política. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

O atual momento de implementação do SUS coloca novas demandas que passaram a exigir novas tecnologias e metodologias de gestão, integradoras e participativas: a construção de redes de serviços integrados; a qualificação dos serviços e a satisfação dos usuários; o código dos direitos dos usuários; a humanização das relações entre profissionais e usuários; a integralidade da atenção e do cuidado; a formação e educação permanente; a cogestão entre estados e municípios para gerenciamento da programação pactuada e das centrais de regulação do acesso; um processo de avaliação permanente de serviços e de sistemas de saúde; entre outros. Nesse contexto, fica patente o esgotamento das normas operacionais como instrumentos e mecanismos para regular a

descentralização e a organização dos sistemas e serviços de saúde. Fica evidente a necessidade de novos modelos de gestão e pactuação para o enfrentamento dessas novas demandas e para a superação do paradigma normativo-instrumental. A constituição de modelos de gestão mais democráticos e flexíveis, sensíveis à diversidade e às diferentes realidades estaduais, regionais e municipais do país, é o desafio do momento. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Vale aqui destacar que em alguns municípios houve importantes avanços através de iniciativas da gestão municipal, que injetou recursos próprios e foi além das diretrizes estaduais e federais. Em outros, observa-se que as implementações de programas e experiências assistenciais são formuladas exclusivamente no nível federal e são incorporadas pela gestão municipal, apenas como uma forma de injetar recursos externos, principalmente federais, no município. Sendo assim:

Com a descentralização, o sistema de saúde melhorou na transferência dos recursos, que passou a ser direta para estados e municípios, houve transferência de responsabilidades e atribuições do nível federal fundamentalmente para o municipal. Houve também expansão e desconcentração da oferta de serviços, aumento da parte de alguns municípios no financiamento à saúde, criação de instâncias mais democráticas de participação da sociedade na implementação da política de saúde, formação de instâncias intergestoras de gestão entre estados e municípios, expansão da atenção primária à saúde e mudança nas práticas assistenciais da saúde mental. (DESCENTRALIZAÇÃO, 2011).

2.3 Município de Jóia

O município de Jóia, foi emancipado em 12 de maio de 1982, pela Lei nº 7656 de 1982. Sua população é de 8329 habitantes (2010), sua extensão territorial compreende 1235,9 Km², sendo o maior município em extensão territorial da região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.(MUNICÍPIO DE JÓIA, 2011).

Possui uma densidade demográfica (2010) de 6,7hab/km² e uma taxa de analfabetismo (2000) é de 7,73%. A expectativa de vida ao nascer (2000) é de 72,62 anos. O coeficiente de mortalidade infantil (2007) é de 0,00 por mil nascidos vivos. O PIBpm (2008): R\$ mil 210,362 e o PIB per capita (2008): R\$ 24.615. (MUNICÍPIO DE JÓIA, 2011).

Joia se caracteriza pelas nascentes de rios que banham outras cidades, como é o caso do Rio Piratini, que nasce nesse município e banha toda a região missioneira, sendo um dos motivos que deu origem ao seu cognome: Terra das Nascentes. Jóia integra a rota do yucumã, repleta de atrativos naturais, fauna e flora exuberantes, na região do salto do yucuma, a maior queda de água em sentido longitudinal do mundo, com 1800m de extensão. A área total estimada do município é de 1.236 km², sendo 1.234 km² de área rural e 2 km² de área urbana. Jóia, está localizada na região Noroeste do Estado, na sub-região das missões, a 450km da capital do estado. O relevo é levemente ondulado a uma altitude de 300 metros do nível do mar. O clima é subtropical com chuvas a uma média anual de 1.733mm. Geadas acontecem no período mais frio, de julho a agosto, somando um total de 10 a 20 ocorrências por ano. Entre inverno e verão a temperatura varia de 0 °C a 43 °C. (MUNICICIO DE JÓIA, 2011).

A Vegetação no município de Jóia está dividido em duas regiões; a região de campos, onde a vegetação predominante é de menor porte e entre elas as gramíneas, enquanto que na a região de matas há uma predominância de árvores de maior porte e mais densas. (MUNICICIO DE JÓIA, 2011).

Quanto a Hidrografia, o município de Jóia, é divisor de duas sub-bacias do rio Uruguai, a sub- bacia do Rio Ijuí (U 90); a sub- bacia do rio Icamaquã, Piratini, (U 40).

O município também é rico em pequenos cursos de água, como riachos, arroios, lajeados, rios, além de muitas fontes e nascentes. O rio Ijuzinho é o principal rio do município e é o divisor ao norte de Jóia com o município de Augusto Pestana e Eugênio de Castro, ao leste com o município de Boa Vista do Cadeado. Ao oeste do município a nascente do Rio Piratini.

As fontes de recursos principais são na agricultura: soja, trigo, milho e produtos de subsistência, e na pecuária: Bovinos de corte e leite, ovinos, suínos e criação de aves. (MUNICICIO DE JÓIA, 2011).

2.3.1 Secretaria de Saúde Municipal de Jóia

A Secretaria Municipal de Saúde, através de sua equipe de profissionais e funcionários, tem como objetivo promover a saúde da população do município, com o

desenvolvimento de programas que permitam a participação da comunidade na elaboração, execução e fiscalização dos mesmos. Tem como missão defender a vida, satisfazendo as necessidades de saúde da população, através de um sistema de saúde humanizado, com responsabilização, acesso, vínculo, acolhimento, gestão participativa e trabalho em equipe multiprofissional de forma transdisciplinar e autônoma nos processos de trabalho.

O bem estar da família, as condições de moradia, de trabalho e renda, de lazer, além de outras razões que impliquem em melhorias da qualidade de vida, são condições que têm transcendência fundamental na saúde coletiva. Nesta perspectiva, o Sistema Único de Saúde está sendo construído, ao longo das últimas décadas, com participação de gestores, usuários e profissionais da área de saúde.

No sistema de saúde de Jóia existem oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), locais de atendimento ao público, das quais, com cobertura de 100% do programa de agentes comunitários de saúde do Programa Saúde da Família (PSF).

O serviço de saúde no município esta estruturada a partir da Secretaria Municipal de Saúde, a qual mantém a gerencia das unidades sanitárias do Posto de Saúde Central e dos distritos municipais. Todos os serviços de saúde são executados por equipe de profissionais, formada por enfermeiras, médicos, odontólogos, auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, passando também a contar com o apoio de uma equipe multidisciplinar que atua de forma descentralizada ou seja, indo ao interior sob uma coordenação geral da Secretaria Municipal de Saúde.

Atualmente o município conta, em sua rede de atenção básica, com um Centro Municipal de Saúde 24horas, denominado Hospital de Pequeno Porte (HPP), contando também com quatro equipes de estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) e conta também com o auxílio de 24 agentes comunitários de saúde.

O HPP tem como objetivo centralizar as ações em saúde no município e modificar a maneira de financiamento dessas ações, ou seja, foi criado para tentar sanar além dos problemas de saúde do município, os problemas de financiamento e gerenciamento, oportunizando a população atendimento básico que é de responsabilidade municipal.

Os usuários que necessitem de procedimentos de média e alta complexidade são encaminhados ao Hospital de Caridade de Ijuí, hospital de referencia regional, através do sistema referencia e contra referencia.

Os serviços da rede básica de saúde envolvem educação para a prevenção, vigilância epidemiológica, Programa de Saúde da Família (PSF), DST – AIDS, doenças crônicas e degenerativas e consultas com equipe de profissionais da área de saúde.

Os serviços oferecidos na área de saúde pela gestão municipal são variados e abrangentes. Entre eles pode-se destacar:

- Primeira Infância Melhor (PIM), serviço voltado as famílias, visando promover o desenvolvimento integral da criança, desde seu nascimento aos seis anos de idade.

- Política de Humanização – Jóia Humanizada, que tem como principio a valorização do atendimento ao usuário, compromete-se em prevenir, cuidar, proteger, tratar recuperar, enfim, produzir saúde de todos para todos.

- Programa Carinho de Mãe – incentiva a realização do pré-natal, ampliando o atendimento as gestantes, garantindo o inicio do acompanhamento no 1º trimestre de gestação para operacionalidade do programa. Conscientiza as gestantes da importância da realização do acompanhamento no pré-natal, objetivando a redução da mortalidade infantil, do parto prematuro e dos nascidos vivos com baixo peso ao nascer, com o acompanhamento as gestantes diminui o índice de morbimortalidade materno-infantil no município.

- Programa uma jóia de mulher, como as mulheres do município são as bases da família, este programa tem como objetivo de oferecer um atendimento diferenciado a mulher, com a ampliação da coleta cito patológica nas mulheres entre 25 e 59 anos, aumentando também o numero de mamografias em mulheres cima dos 40 anos. Este trabalho continuado no combate ao câncer de colo de útero e de mama é fundamental para reduzir o índice de mortalidade por esse tipo de patologia.

- Programa Melhor Idade – busca propiciar ao adulto e ao idoso, o conhecimento do próprio corpo , quebrando preconceitos, resgatando a auto estima e a qualidade de vida através de ações preventivas , curativas e de acompanhamento a pacientes hipertensos, diabéticos e portadores de transtornos mentais/ou de comportamento. Elucida duvidas em relação ao diagnostico, tratamento, cuidados, dieta, entre outros através de encontros com equipes multidisciplinar, também busca salientar a importância do cuidado com o próprio corpo, higiene, alimentação, bem estar físico e mental.

-Programa Saúde Mental, trabalho destinado a produzir a passagem da atenção em saúde mental do campo de tratamento intervenção através de medicamentos e internação para o campo da promoção de saúde. Também, busca quebrar o estigma relativo aos transtornos mentais, com conseqüente mudança de postura da sociedade em relação aos indivíduos portadores desses transtornos.

- Programa Saúde no Interior e na Cidade, visa garantir vigilância em saúde, incluindo ações de vigilância ambiental e sanitária, proporcionado 100% de cadastramento das fontes de abastecimento de água no município, bem como realizar coletas e análise de água em todo o município, visando à melhoria da qualidade da água.

Vale aqui destacar, que o secretário de Saúde de Joia foi vencedor do 4º prêmio qualidade e excelência na saúde pública. Sebastiao Raife Cardoso está entre os 100 melhores gestores no Brasil a receber o reconhecimento pela atuação e desempenho frente à secretaria municipal de Saúde. Os critérios de avaliação foram o bom uso da verba pública aplicada nos municípios bem como as ações e programas implantados.

2.4 Registros médicos

Registrar informações relativas à saúde e a doença dos pacientes é a tarefa diária de todos os profissionais que trabalham na área da saúde. Os documentos gerados são agrupados nesse processo e passam a serem denominados Prontuário Médico, ou do Paciente, ou ainda Registro Médico.

O Conselho Federal de Medicina através da Resolução Nº 1.638/2002 em seu artigo primeiro define prontuário medico como:

O documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência médica prestada ao indivíduo.(CFM, 2002).

Quanto às finalidades os prontuários servem de suporte à assistência ao paciente servindo como fonte para avaliação e tomada de decisão e como fonte de informação a ser compartilhada entre os profissionais de saúde. Ainda atuam como documento legal dos atos médicos. Também oferecem suporte a pesquisa em diferentes áreas como pesquisa clínica, estudos epidemiológicos, avaliação da qualidade do atendimento e ensaios clínicos. Os prontuários também ajudam na formação dos profissionais da saúde e principalmente servem de base para o planejamento e gestão de serviços de saúde, pois permitem controlar o faturamento, autorizar os procedimentos de forma eficiente e administrar custos (CAMPAGNOLLI, 2011, p. 10).

2.4.1 Evolução do Prontuário Médico

Manter registros médicos é uma prática quase tão antiga quanto o exercício da própria medicina. Segundo Massad, Marin, Azevedo Neto (2003, p. 2), os primeiros registros médicos de pacientes datam do século V. Segundo o autor, o termo prontuário, deriva do latim *promptuarium* e, significa lugar onde se guardam ou depositam as coisas que se pode necessitar a qualquer instante. E inicialmente os prontuários eram criados com a finalidade de analisar o desenvolvimento da doença e apontar suas possíveis causas.

O prontuário médico foi fortemente defendido por Hipócrates e para ele o registro médico deveria refletir exatamente o curso da doença e indicar as suas possíveis causas. Segundo Segundo Van Bommel (apud MASSAD, 2003, p. 2) Hipócrates, estimulava os médicos a registrar informações referentes aos atendimentos prestados. Os registros realizados pelos médicos eram baseados no que ouviam, sentiam e viam. Essas anotações eram realizadas em ordem cronológica, caracterizando assim a criação dos prontuários orientados pelo tempo. E essa prática perdurou até o início do século XIX.

Em 1907, William Mayo, fundador da Clínica Mayo determinou que sua clínica adotasse um registro individual de informações de cada paciente e que fosse arquivado separadamente. Essa decisão partiu da necessidade de agilizar a recuperação de informações sobre cada paciente. Isso porque até então os registros eram feitos em ordem cronológica, em um único documento. Com a adoção desse

novo procedimento, surgiram os prontuários médicos centrados no paciente.(MASSAD, MARIN, AZEVEDO NETO, 2003).

Mais tarde em 1920, na mesma Clínica Mayo, houve uma padronização no conteúdo dos prontuários, visando definir os dados que um prontuário deveria conter, de forma que tornasse mais fácil obter uma clara informação sobre o estado e evolução do paciente. Esses dados considerados essenciais na época caracterizam ainda hoje os prontuários da maioria dos pacientes atendidos no mundo.(MASSAD, MARIN, AZEVEDO NETO, 2003).

Com o passar do tempo os prontuários evoluíram de acordo com o desenvolvimento da ciência, Cultura e tecnologia. E passou a conter uma serie de informações que o tornaram fundamental para qualquer serviço de atendimento na área da saúde.

Segundo Massad, Marin, Azevedo Neto (2003, p. 7), atualmente o suporte papel utilizado ao longo do tempo tornou-se incapaz de atender a evolução e necessidade de informação relativa aos prontuários. Isso, porque, o papel nunca foi flexível o bastante para atender essa dinamicidade. Porém, com o avanço das tecnologias da informação, o meio eletrônico pode oferecer o suporte ideal para que o prontuário finalmente possa exercer essa característica plenamente, pois o prontuário pode passar de um mero repositório de informação para o de uma ferramenta de tomada de decisão.

Hoje, os Registros Eletrônicos de Saúde (RES) fazem parte da nova forma de organização dos sistemas de informática das instituições voltadas à saúde. Esses registros passaram a serem chamados de Prontuários Eletrônicos de Saúde (PEP) e “... deve ser entendido como sendo a estrutura eletrônica para manutenção de informação sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante todo seu tempo de vida.” Os PEP passaram a fazer parte da rotina assistencial como uma fonte importante de informações multiprofissionais sistematizadas à respeito dos problemas de saúde, exames, diagnósticos, tratamentos e evolução clínica do cliente/usuário do serviço, durante todo o período de sua vida.(MASSAD, MARIN, AZEVEDO NETO, 2003, p.3).

Os avanços das tecnologias da informação quando aliados aos prontuários médicos causam transformações impactantes. Com o desenvolvimento das ciências da informação principalmente com a web semântica, os Registros médicos passam

por inovações e deram origem ao Prontuário Pessoal de Saúde (PPS) ou *Personal Health Record* (PHR). Podemos caracterizá-lo como um

conjunto de aplicativos, centrados na internet e acessados em tempo real, com capacidade de armazenamento para arquivos médicos, registros clínicos e qualquer documento digital que o indivíduo receba ao longo da vida constituindo seu histórico". (VIVANCO, 2011 p.02).

Para Vivanco (2011) o PPS

É uma ferramenta que facilita o acesso do indivíduo aos seus registros clínicos para inclusão de informações pessoais relevantes, por exemplo, tratando-se de pacientes crônicos como diabéticos, hipertensos ou renais. Através desses registros, o indivíduo pode perceber alterações em seu estado geral, entrar em contato com seu médico, transferir seus dados para que sejam avaliados pelo profissional de sua confiança que poderá então, intervir de forma acertada e quase imediata na terapêutica aplicada. Além disso, o indivíduo poderá acessar dicas de nutrição e exercícios que certamente o auxiliarão na busca de uma vida mais saudável. Outra importante característica é a transparência das informações, que certamente contribuirão para a diminuição dos erros médicos e do corporativismo profissional que em nada contribui para a melhoria na qualidade da assistência em saúde. (VIVANCO, 2011, p.2).

A união dos registros médicos com os novos suportes e tecnologias da informação proporcionam uma série de benefícios tanto aos profissionais como para os pacientes e pesquisadores. Segundo Massad, Marin, Azevedo Neto (2003):

O aparecimento da Internet traz consigo uma mudança de paradigma que leva o usuário, o paciente e o cidadão esclarecidos, a terem uma expectativa de acesso à informação e a funcionalidades inimagináveis até há poucos anos. Como a qualidade está centrada no cliente, e como o cliente acaba por direcionar o esforço de mercado, esta demanda terá que ser atendida mais cedo ou mais tarde. A perspectiva de agendar exames e consultas por conta própria, de manter seus dados e de seus familiares atualizados e de se sentir "dono" de fato das suas informações de saúde já são fontes de mobilização de pacientes e de empresas.(MASSAD,MARIN, AZEVEDO NETO, 2003, p.175).

Em vista disso, podemos concluir que a expansão do PPS está ligada a conscientização do cidadão da importância de ser participativo, pois a chegada da Era da Cidadania Digital, traz consigo a conscientização da população e a criação de leis e documentos éticos que visam ordenar o comportamento social que deve

evoluir em consonância aos avanços da Informática em Saúde. (VIVANCO, 2011 p.2).

O futuro dos prontuários médicos está bem definido por Rashbass (2001 apud COSTA, 2001):

Os prontuários pessoais estão evoluindo e, no futuro, devem se tornar um repositório completo das informações de saúde de todas as pessoas do planeta. Apesar de parecer "utopia", um primeiro passo em direção a isso é dado a cada momento em que ocorre a transferência da responsabilidade do prontuário para o paciente e o mesmo o armazena num local disponível globalmente. Nos próximos anos, a concretização desse "sonho-utopia" trará um forte impacto sobre a prática clínica, bem como uma maior compreensão e classificação das doenças, possibilitando grandes mudanças no campo da medicina (RASHBASS, 2001 apud COSTA, 2001, p.60).

2.4.2 Importância dos prontuários

Os prontuários tornaram-se fundamentais para as organizações que possuem serviços voltados para a saúde. Massad, Marin, Azevedo Neto (2003) melhor define essa importância.

As informações registradas no prontuário médico vão subsidiar a continuidade e a verificação do estado evolutivo dos cuidados de saúde, quais procedimentos resultam em melhoria ou não do problema que originou a busca pelo atendimento, a identificação de novos problemas de saúde e as condutas diagnósticas e terapêuticas associadas. Em termos mais gerais, pode-se afirmar que o sistema de saúde de um país, é estabelecido graças ao que se tem documentado em um prontuário, uma vez que dele são extraídas as informações sobre a saúde dos indivíduos que formam uma comunidade e uma nação.

[...] Estas informações agregadas e sistematizadas são necessárias para caracterizar o nível de saúde populacional e viabilizam a construção de modelos e políticas de atendimento e gestão das organizações de saúde. (MASSAD, MARIN, AZEVEDO NETO, 2003 p.1-2).

2.4.3 Registros médicos e legislação nacional

Segundo Francisco Júnior (2011), os registros médicos no Brasil estão sujeitos a uma série de leis e normas que regem sua elaboração, organização, preservação, acesso e destinação.

O Ministério da Saúde é o responsável por disciplinar a transmissão de informações das unidades prestadoras de saúde para os órgãos públicos de gestão, seja para o caso de notificação compulsória de doenças, seja para fins de faturamento, seja padronizando informações, e constituindo bases de dados com estas informações. Através desse processo, os dados provenientes do atendimento a pacientes, inclusive dados que permitem a identificação do mesmo são transmitidos por meio digital aos órgãos de gestão. Já as bases secundárias disponíveis no DATASUS garantem o anonimato dos pacientes.

O Ministério da Saúde busca sempre a regulação e integração de seus sistemas de informação através de normas, decretos, medidas provisórias e leis. O mesmo vale para os prontuários médicos que estão sujeitos a uma série de leis, decretos e normas elaboradas para sua organização, preservação e acesso.

O Ministério da Saúde através da Medida Provisória nº 3.947/GM, de 25 de novembro de 1998, estabelece atributos mínimos para a identificação do indivíduo assistido, do profissional, da instituição ou local de assistência, e do evento ou do atendimento realizado; estes atributos deveriam ser adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde, a partir de 1º de janeiro de 1999.

Vale aqui ressaltar o projeto Cartão Nacional de Saúde (MS, 1996), tem como principal objetivo promover a integração entre os sistemas de informação utilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde sejam eles sistemas de base nacional ou sistemas de uso local. Nesse projeto para cada paciente, é atribuído um identificador único, o número do cartão nacional de saúde. Uma vez que o Sistema permite o armazenamento das informações de atendimento vinculadas aos usuários e o acompanhamento da história clínica desse mesmo usuário ao longo dos anos, é possível estabelecer associação e correlação entre diagnósticos, procedimentos, medicamentos prescritos, dentre outros, com impactos na elaboração de instrumentos de apoio à conduta dos profissionais de saúde.

O Código de Ética Médica, em seu artigo 69, define o prontuário médico como acervo documental do paciente e como parte relevante da prática médica. O prontuário médico pertence ao paciente, sob a guarda e responsabilidade dos

médicos e das instituições de saúde. Portanto, é um valioso instrumento de: Assistência Médica, Ensino, Pesquisa científica, Controle de qualidade e Controle de custos, e, também é dependente da veracidade e detalhamento das informações contidas no prontuário médico.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) também é responsável pela elaboração de resoluções, leis e normas que regulamentam os registros médicos.

E, conforme a Resolução/CFM nº 1.821/07, que prescreve no seu artigo 8º o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

No entanto, deve-se prestar atenção a legislação geral brasileira, pois, a documentação e informação produzida no País esta protegida pela Constituição Federal e pelo Código Civil. Portanto, segundo Francisco Junior(2011), os registros médicos estão sujeitos a uma serie de leis e normas que regem a sua criação, utilização, organização e destino final, portanto, deve-se estar atento a elas.

Assim, no que se refere à prescrição dos registros médicos deve-se seguir o disposto no Código Civil Brasileiro (2002), em seus artigos 169 e 177, que rezam:

Art. 169 – Também não ocorre prescrição;
I – contra os incapazes de que trata o art. 5º.
II – contra os ausentes do Brasil em serviço público da União, Estados, ou dos Municípios.
III – contra os que se acharem servindo na armada e no exército nacional, em tempo de guerra.
Art. 5º - São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil;
I – os menores de dezesseis anos.
II – os loucos de todo gênero.
III – os surdos-mudos, que não puderem exprimir sua vontade.
IV – os ausentes, declarados tais por ato do juiz.
Art. 177 - As ações pessoais prescrevem ordinariamente em vinte anos, as reais em dez entre presentes e, entre ausentes, em quinze, contados da data em que, poderiam ter sido propostas.(BRASIL,2002).

Vale aqui ressaltar, que recentemente foi aprovado o Novo Código Civil (Lei nº 10.406/2002), nos seus artigos 205 e 206 alteram significativamente o posicionamento do artigo 177 do Código atual quanto à prescrição. No Artigo 205 “ A prescrição ocorre em 10 (dez) anos, quando a Lei não haja fixado prazo menor”. Já

no Artigo 206 “Prescreve: § 3º Em 3 (três) anos: V — A pretensão de reparação civil”.

O Novo Código Civil também normatiza em dispositivo, sem correspondência no antigo Código Civil (Lei nº 3.071 de 1916), os registros eletrônicos como prova. Assim, o artigo 225 reza que

As reproduções fotográficas, cinematográficas, os registros fonográficos e, em geral, quaisquer outras reproduções mecânicas ou eletrônicas de fatos ou de coisas fazem prova plena destes, se a parte contra quem forem exibidos não lhes impugnar a exatidão.(BRASIL, 2002).

O Código de Processo Civil, também dita a validade do documento eletrônico, pois em seu Artigo 332 declara que “Todos os meios legais, bem como os normalmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, são hábeis para provar a verdade dos fatos em que se funda a ação ou a defesa”.

É importante ressaltar que os registros médicos devem levar em conta o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069/90, que estabelece em seu artigo 10º que “os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos; (...)”.

No âmbito dos arquivos, vale destacar que o Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ) também atua na normatização dos registros médicos. Por meio da Portaria nº 50 de 9 de abril de 2001, criou o Grupo de Trabalho sobre Arquivos Médicos (GTAM), destinado a realizar estudos, propor diretrizes e normas no que se refere à organização, guarda, preservação, destinação e ao acesso de documentos integrantes de arquivos da área médico hospitalar.

O GTAM expõe algumas análises e apresenta propostas inovadoras. O Grupo de Trabalho sobre Arquivos Médicos propõe que:

- a) As unidades que prestam assistência médica e são detentoras de arquivos de prontuários de pacientes deverão implantar sua Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileira (a Resolução CONARQ nº 07/1997, a NBR 10.519/88 da ABNT e o Decreto nº 4.037/2002, que regulamenta a Lei de Arquivos — Lei nº 8.159/91);
- b) O prontuário do paciente, em qualquer suporte (papel ou microfilme), deve ser preservado pelo prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro;

- c) No caso de emprego da microfilmagem, os prontuários microfilmados poderão ser eliminados, de acordo com os procedimentos previstos na legislação arquivística em vigor (Lei nº 5.433/68 e Decreto nº 1.799/96), após análise da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo;
- d) Considerando o valor secundário dos prontuários e o prazo estabelecido no item b, a Comissão Permanente de Avaliação de Documentos, após consulta à Comissão de Revisão de Prontuários, deve elaborar e aplicar critérios de amostragem para a preservação definitiva dos documentos que apresentem informações relevantes do ponto de vista médico científico, histórico e social;
- e) O prontuário do paciente, embora possua elementos que o caracterizam como documento de valor secundário, não deve ter, na sua totalidade, destinação final para guarda permanente, ressalvando-se os casos previstos no art. 169 do Código Civil (estabelece que não ocorre prescrição contra menores de 16 anos e incapazes)". (CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS, 2001).

Recentemente, com o desenvolvimento das tecnologias da informação e o surgimento dos registros eletrônicos de saúde, surgiram novos desafios e reflexões acerca da validade jurídica e probante dos documentos eletrônicos, tendo como motor principal o comércio eletrônico.

No Brasil, seguindo a afirmação de Francisco Junior (2011), ainda que não exista lei específica sobre a privacidade e a confidencialidade da informação em saúde, armazenada ou transmitida por meios eletrônicos, deve-se prestar atenção à legislação geral sobre documentação porém, o autor adverte sobre os avanços da legislação nessa área específica. Segundo ele é importante estar atento a algumas leis e projetos de leis que influenciam a criação e armazenamento de informações em meio digital no Brasil.

A Lei Federal nº 7.232 de 29 de outubro de 1984, estabelece "Princípios, objetivos e diretrizes da Política Nacional de Informática, seus fins e mecanismos de formulação". Em seu artigo segundo determina o seguinte:

Art. 2º A Política Nacional de Informática tem por objetivo a capacitação nacional nas atividades de informática, em proveito do desenvolvimento social, cultural, político, tecnológico e econômico da sociedade brasileira, atendidos os seguintes princípios:

VIII — estabelecimento de mecanismos e instrumentos legais e técnicos para a proteção do sigilo dos dados armazenados, processados e veiculados, do interesse da privacidade e de segurança das pessoas físicas e jurídicas privadas e públicas; IX — estabelecimento de mecanismos e instrumentos para assegurar a todo cidadão o direito ao acesso e retificação de informações sobre ele existentes em bases de dados públicas ou privadas;

X — estabelecimento de mecanismos e instrumentos para assegurar o equilíbrio entre os ganhos de produtividade e os níveis de emprego na automação dos processos produtivos.(BRASIL, 1984).

Em 2001 surgiu o Projeto de Lei (PL) nº 4.906. Esse projeto-síntese, em tramitação na Câmara, dispõe sobre "o valor probante do documento eletrônico e da assinatura digital, regula a certificação digital, institui normas para as transações de comércio eletrônico e estabelece sanções administrativas e penais cabíveis".(BRASIL, 2001). Em seu artigo segundo o projeto de lei propõem as seguintes definições:

- Documento Eletrônico: é a informação gerada, enviada, recebida, armazenada ou comunicada por meios eletrônicos, ópticos, opto-eletrônicos ou similares;
- Assinatura Digital: é o resultado de um processamento eletrônico de dados, baseado em sistema criptográfico assimétrico, que permite comprovar a autoria e integridade de um documento eletrônico cifrado pelo autor com o uso da chave privada;
- Criptografia Assimétrica: é a modalidade de criptografia que utiliza um par de chaves distintas e interdependentes, denominadas chaves pública e privada, de modo que a mensagem codificada por uma das chaves só possa ser decodificada com o uso da outra chave do mesmo par;
- Autoridade Certificadora: é a pessoa jurídica que esteja apta a expedir certificado digital;
- Certificado Digital: é o documento eletrônico expedido por autoridade certificadora que atesta a titularidade de uma chave pública.(BRASIL, 2001).

Francisco Júnior (2011), destaca que mesmo sem aprovação de lei específica, várias instituições, principalmente bancos, já utilizam o sistema de certificação digital. A criptografia e a assinatura digital já estão consagradas pelo uso no chamado comércio eletrônico. Tanto que o governo brasileiro, pressionado pelos fatos, editou a Medida Provisória nº 2.200-2, em 24 de agosto de 2001, instituindo a ICP-Brasil. A Medida Provisória criou o Comitê Gestor da ICP-Brasil, que é a autoridade gestora responsável pelas políticas de certificação digital.(ICP-Brasil).

Durante a elaboração da PL nº 4.906/2001 cuidou-se de garantir uma futura incorporação da Medida Provisória do governo ao Projeto. O "caput" do artigo 24 adota a expressão "Lei disporá sobre a criação de autoridade certificadora", justificada, no voto do Deputado, "Evitando-se vício de iniciativa e abrindo oportunidade para absorção da Medida Provisória editada pelo Poder Executivo tratando da matéria, no caso desta vir a ser aprovada pelo Congresso Nacional".(BRASIL, 2001).

Diretamente no âmbito da área de saúde destacam-se as resoluções regulamentadas pelo CFM. A de número 1821/2007, que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Podem-se destacar aqui alguns de seus artigos relativos aos registros médicos:

Art. 1º - Aprova o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, versão 3.0 e/ou outra versão aprovada pelo Conselho Federal de Medicina, anexo e também disponível nos sites do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), respectivamente.

Art. 2º - Autorizar a digitalização dos prontuários dos pacientes, desde que o modo de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida nos parágrafos abaixo e, após análise obrigatória da Comissão de Revisão de Prontuários, as normas da Comissão Permanente de Avaliação de Documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

§ 2º Os arquivos digitais oriundos da digitalização dos documentos do prontuário dos pacientes deverão ser controlados por sistema especializado (Gerenciamento eletrônico de documentos - GED), que possua, minimamente, as seguintes características:

c) Obediência aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 3º Autorizar o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio de prontuários de pacientes e para a troca de informação identificada em saúde, eliminando a obrigatoriedade do registro em papel, desde que esses sistemas atendam integralmente aos requisitos do “Nível de garantia de segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde;

Art. 4º Não autorizar a eliminação do papel quando da utilização somente do “Nível de garantia de segurança 1 (NGS1)”, por falta de amparo legal.

Art. 7º Estabelecer a guarda permanente, considerando a evolução tecnológica, para os prontuários dos pacientes arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 8º Estabelecer o prazo mínimo de 20 (vinte) anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel, que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado.

Art. 10º Estabelecer que o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), mediante convênio específico, expedirão selo de qualidade dos sistemas informatizados que estejam de acordo com o Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, aprovado nesta resolução.(CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

Em vista disso, enquanto as leis não são aprovadas, as organizações continuam produzindo informações sejam em meio eletrônico ou não. Portanto é

necessário a aprovação das leis para que os profissionais que trabalham com a informação tenham suas ações documentadas com segurança.

2.5 Arquivologia

A Arquivologia (ou Arquivística) é uma ciência ou disciplina que se relaciona com a Ciência da Informação. A teoria arquivística, também conhecida como Arquivologia, pode ser entendida como um conjunto de princípios, conceitos e técnicas a serem observados na produção, organização, guarda preservação e uso de documentos em arquivos (DBTA, 2005).

A profissão de arquivista é muito recente no Brasil, teve início em 1978, com a promulgação da Lei nº 6.546, de 04 de julho de 1978. O arquivista atua em instituições públicas e privadas. Na área pública, pode exercer funções na esfera governamental municipal, estadual e federal, ou seja, em órgãos do legislativo, executivo e judiciário. Na área privada, pode atuar na esfera empresarial, em hospitais, em instituições financeiras, em sociedades, em estabelecimentos de ensino, em cooperativas, e prestar consultorias, entre outras. (RICHTER, GARCIA E PENNA, 1997 p. 46).

Atualmente a gestão da informação, tornou-se fundamental à gestão organizacional nas mais diferentes áreas de atuação, o que torna o campo de ação da arquivística tão diversificado quanto o do conhecimento humano. Pois, com o passar dos tempos o arquivista se tornou um gerenciador de informações. O arquivista é importante para preservar, conservar e tornar acessível qualquer documento ou informação a qualquer pessoa seja ela física ou jurídica. (ABA, 1979)

A humanidade tem a tradição de conservar documentos relacionados com a realização de múltiplas atividades individuais ou coletivas, pessoais ou institucionais. No entanto, o acesso a esses documentos depende, e muito, de profissionais com formação específica em gestão de documentos ou administração de arquivos, detentores de conhecimentos, que podem viabilizar uma correta organização, conservação ou utilização dos documentos e informações. O arquivista deve ser o profissional especializado em estudos humanísticos e administrativos, conhecedor de normas e princípios que regem a gestão de documentos e informações, bem

como possuir conhecimento de como aplicar as modernas tecnologias aos arquivos, estando apto a planejar, organizar e coordenar sistemas de arquivos. (ABA, 1979).

2.5.1 Arquivo

O Arquivo pode ser entendido como um “conjunto de documentos que, independente da natureza ou do suporte, são reunidos por acumulação ao longo das atividades de pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas”. (DBTA, 2005).

A lei nº 8.159, de 08-01-1991 em seu Artigo 2º define que:

Consideram-se arquivos, para fins desta lei, os conjuntos de documentos produzidos e recebidos por órgãos públicos, instituições de caráter público e entidades privadas, em decorrência do exercício de atividades específicas, bem como por pessoa física, qualquer que seja o suporte da informação ou a natureza dos documentos. (BRASIL, 1991).

A natureza dos arquivos pode ser administrativa, jurídica, informacional, probatória, orgânica, serial, contínua e cumulativa. Quando se soma todas estas características faz do arquivo uma instituição única e inconfundível. Além disso, a principal finalidade do arquivo é servir a administração, constituindo-se, com o decorrer do tempo, em base do conhecimento da história. Para entender os arquivos é importante compreender alguns conceitos relativos às funções dos arquivos, como documento, suporte, informação, documento de arquivo, organicidade, autenticidade, unicidade, naturalidade, princípios da proveniência. (BELLOTTO, 2005, p.31- 34).

Como documento entende-se que seja uma unidade de registro de informações, em qualquer suporte ou formato suscetível de consulta, estudo, prova pesquisa. A informação caracteriza-se como o elemento referencial, noção, idéia ou mensagem contida num documento. Por suporte entende-se que seja o material no qual são registradas as informações, por exemplo: fita magnética, película filmográfica, papel, pergaminho, papiro, DVD, CD, etc. (DBTA, 2005).

Quanto ao documento de arquivo podemos entender que seja a informação registrada produzida e mantida por uma instituição ou pessoa ao longo de suas

atividades administrativas, com valor de prova. São fortemente ancorados nos princípios da proveniência, da organicidade, unicidade e da indivisibilidade. (BELLOTTO, 2005, p.37).

Os documentos de arquivos apresentam uma significação orgânica entre si. São desprovidos de autonomia e retiram sua autenticidade do inter-relacionamento entre os itens documentais, e essa característica chama-se de organicidade que pode ser mais bem entendida como a “qualidade segundo a qual os arquivos espelham a estrutura, as funções e as atividades da entidade produtora/acumuladora, em suas relações internas e externas.” (BELLOTTO, 2004, p.37).

Vale aqui ressaltar outra característica importante dos arquivos, a autenticidade que é a qualidade de um documento quando preenche as formalidades necessárias para que se reconheça sua proveniência, independentemente da veracidade do respectivo conteúdo (DBTA, 1996).

Podemos destacar aqui a unicidade, característica atribuída aos arquivos devido a seus documentos existirem em exemplar único ou em limitado número de cópias. Mesmo em réplica, os documentos cumprem funções diversas, em locais diferentes, conservando seu caráter único, em função do contexto de produção.

A naturalidade é outra característica dos arquivos já que os arquivos possuem uma formação progressiva, natural e orgânica. Ou seja, é a sedimentação da produção documental ao longo do tempo.

Surge então outro conceito fundamental em arquivos, o de Fundo de Arquivo, que é o conjunto de documentos de toda natureza, que quaisquer corpos administrativos, pessoas físicas ou jurídicas tenham reunido, automática e organicamente, em razão de suas funções as atividades. (DBTA, 2005).

É importante aqui ressaltar, três importantes princípios que devem ser observados no tratamento aos arquivos. Primeiramente o princípio da proveniência ou respeito aos fundos, segundo o qual os arquivos originários de uma instituição ou de uma pessoa devem manter sua individualidade, não sendo misturados aos de origem diversa (DBTA, 2005). Outro princípio é o princípio de indivisibilidade ou integridade, que consiste que “os fundos de arquivo devem ser preservados sem dispersão, mutilação, alienação, destruição não autorizada ou adição indevida...”. (BELLOTTO, 2002, p. 21). O outro princípio é o princípio de manutenção da ordem original. Por ordem original compreende-se aquela em que os documentos de um

mesmo produtor estão agrupados conforme o fluxo das ações que os produziram ou receberam. Os documentos são o retrato das ações conforme elas ocorreram, assim torna-se indispensável, para a compreensão dessas ações e, conseqüentemente, para a compreensão do significado do documento.(RODRIGUES, 2006, p. 106).

Outro conceito fundamental na administração de arquivos é o de Gestão de Documentos.

Considera-se gestão de documentos o conjunto de procedimentos e operações técnicas à sua produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente. (BRASIL, 1991).

Portanto a gestão documental é importante para a racionalização da informação produzida, pois controla todo o ciclo de vida de um documento.

2.5.2 Arquivos especializados

Arquivos especializados são aqueles que têm sob sua custódia os documentos resultantes da experiência humana num campo específico, independentemente da forma física que apresentem. São exemplos de arquivos especializados, os arquivos hospitalares ou arquivos médicos, os arquivos de imprensa, os arquivos de engenharia, e assim por diante. Vale lembrar que arquivos especializados estão inseridos no campo da arquivologia, que através de princípios e técnicas pode organizar estes arquivos corretamente. (PAES,1997, p. 137).

2.5.2.1 Sistema de Arquivos Médicos e Estatística – SAME

Os arquivos médicos são constituídos de documentos gerados em função do registro de diagnósticos e condutas tomadas no decorrer do atendimento de todo paciente, esses arquivos são responsáveis por subsidiarem o bom atendimento médico e a garantia de direitos. Além disso, constituem importantes repositórios de dados e informações de grande valor de pesquisa médico-científica. O Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar – PROAHSA assim define o SAME:

O Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos - SAME tem por finalidade a manutenção de integridade do conjunto de prontuário pertencentes ao hospital, por meio de atividades desenvolvidas segundo critérios especiais de guarda, classificação, codificação e controle da circulação dos prontuários, bem como necessário sigilo no que se refere ao conteúdo dos mesmos. (...) Está diretamente subordinado à Diretoria Administrativa e suas áreas de coordenação abrangem os seguintes Setores: Registro Geral, Arquivo Médico e Estatística. (PROAHSA, 1978, apud CAMPAGNOLLI, 2011, p. 7 - 8).

Com a implantação do SAME é possível estimar o valor do trabalho profissional e o grau de eficiência com que são tratados os pacientes. Este, por sua vez, interage com os demais serviços técnicos e administrativos da instituição, colaborando com os mesmos no aprimoramento de assistência prestada. Este serviço é responsável pela organização, auditoria administrativa, armazenamento e guarda de prontuários do paciente, permitindo sua rastreabilidade sempre que for necessário. E, portanto, é um serviço imprescindível ao hospital. (CAMPAGNOLLI, 2011, p. 27).

2.5.2.1.1 Breve história dos arquivos médicos

Para Leda de Viciano Valkeer Náylor (1972, p. 4-5) o Arquivo Médico tem relativamente pouco tempo de existência, mas como observamos anteriormente, a observação Clínica, Prontuário Médico, é bem remoto. Os povos antigos anotavam nas pedras, as operações executadas. Em Londres, desde o ano de 1137, alguns hospitais possuíam um registro seus doentes. Porém, o primeiro hospital a instalar um Serviço de Arquivo Médico e Estatística foi o Massachussets General Hospital,

em Boston. Com a instituição da padronização hospitalar em 1918, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, foi declarado indispensável o registro cuidadoso de todos os casos e o arquivamento dos Prontuários de maneira acessível. Já em 1928 foi criada a Associação Americana de Arquivo Médico inspirada por Mac Eachern e em 1948 associação similar surgiu na Inglaterra. Também, surgiram escolas com cursos voltados para a área de arquivos médicos e a adoção do sistema de acreditação nos hospitais foram fatos marcantes e decisivos na evolução do Serviço de Arquivo Médico e Estatística. (NÁYLOR,1972, P. 4-5).

No Brasil, a história dos arquivos médicos teve início em 1943 por influência da Dra. Lourdes de Freitas Carvalho, ao instalar um Serviço de Arquivo Médico e Estatística no Hospital das Clínicas, da Universidade de São Paulo. Outro incentivador dos arquivos médicos e estatísticos foi o Dr. Oberdan Revel Perrone, que em 1962 influenciou a criação do primeiro Curso de Arquivo Médico e Estatística, na Universidade de São Paulo. Em 1967 foi fundada a Associação Brasileira de Arquivo Médico e Estatística, no Rio de Janeiro, pelo Dr. Geraldo José da Rosa e Silva. Em 1969 foi reconhecida oficialmente a Carreira do Auxiliar de Documentação Médica, na SUSEME pelo então Secretário de Estado de Saúde e Diretor Presidente da Superintendência de Serviços Médicos do Estado da Guanabara - SUSEME, Dr. Hildebrando Monteiro Marinho, que desde 1967 apoiou e incentivou a iniciativa e o dinamismo do Diretor do Hospital Estadual Jesus - Dr. Deyler Goulart Meira na organização do Serviço de Documentação Médica daquele hospital que foi considerado pelo Secretário de Estado como Plano Piloto da Rede Hospitalar da SUSEME, embora o serviço tivesse sido criado em 1965. Uma vez implantado no Hospital Estadual Jesus o Serviço de Documentação Médica, foram ministrados vários cursos sob o patrocínio do Centro de Aperfeiçoamento Médico - SCA, da Escola de Serviço Público do Estado da Guanabara - ESPEG e da Sociedade Médica da Pontifícia Universidade Católica (PUC), que trouxeram ao arquivista do Serviço de Arquivo Médico e Estatística um grande incentivo. (NÁYLOR,1972, P. 4-5).

Em 1943 os arquivos médicos no Brasil eram separados da estatística e a partir desse ano reformulou-se a estatística hospitalar. Com isso criou-se a centralização desses setores e registro geral e num único órgão nasceu o Serviço de Arquivos Médicos e Estatística (SAME), tornando-se “a memória do hospital” para muitos “pulso do hospital”. A partir desses trabalhos muitas instituições passaram a

usar esses serviços, obtendo assim excelentes resultados, permitindo avaliar o padrão da qualidade hospitalar. (NÁYLOR,1972, P. 4-5).

2.6 Gestão documental e legislação

No Brasil uma série de leis, normas decretos e regulamentos asseguram o trabalho do gestor de documentos.

A Constituição Federal de 1988, art. 216, § 2.º: “Cabem à administração pública, na forma de lei, a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos dela necessitem”.(BRASIL, 1988).

A Lei Federal de Arquivos n.º 8.159, de 8 de janeiro de 1991, em seu artigo primeiro define: “é dever do poder público, a gestão documental e a proteção especial a documentos de arquivo, como instrumento de apoio à administração, à cultura e ao desenvolvimento científico e como elemento de prova e informação”.

Já em seu artigo terceiro, a Lei n.º 8159 define que “considera-se gestão de documentos o conjunto de procedimentos e operações referentes à sua produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente”.

Em seu artigo 17 declara que “a administração da documentação pública ou de caráter público compete às instituições arquivísticas federais, estaduais, do Distrito Federal e municipal”.

A gestão de documentos possui diversos objetivos, tais como, tornar ágil o acesso aos arquivos e às informações, garantir economia, eficiência e eficácia na administração pública ou privada, bem como acelerar o processo decisório, controlar o fluxo de documentos e a organização dos arquivos, racionalizar a produção dos documentos, normalizar os procedimentos para avaliação, transferência recolhimento, guarda e eliminação de documentos e preservar o patrimônio documental considerado de guarda permanente.(BELOTTO, 2004).

Assim, a gestão de documentos permite: assegurar o pleno exercício da cidadania; promover a transparência das ações administrativas; e preservar o patrimônio documental considerado de guarda permanente.(BELOTTO, 2004).

2.6.1 Importância da gestão das informações arquivísticas

A quantidade imensurável de informação produzida, armazenada e acessada no mundo precisa ser administrada pelas organizações de forma eficaz e eficiente. A gestão da informação tornou-se complexa nas organizações modernas. Gerir a informação de forma eficaz é de fundamental importância para a sobrevivência de qualquer instituição. Segundo Ohira (2003, apud ALMEIDA, 2007), vivemos numa era de grandes transformações econômicas, culturais, científicas tecnológicas e informacionais que influenciam sobremaneira toda a sociedade. E nesse meio, as organizações têm buscado formas alternativas para sobreviver no mundo de constantes mudanças. E a forma utilizada é transformar a informação num recurso estratégico na tomada de decisão. Em vista disso, o arquivista como um dos profissionais da informação também tem papel de fundamental importância para as instituições.

Portanto, a informação deve ter o mesmo tratamento que os demais recursos das empresas, e este deve ser gerido como os demais, sejam eles financeiros ou humanos. Segundo Oliveira (1997, p.14), “gestões parciais e incompatíveis com uma política global não são mais concebidas”.

Ribeiro (2006) destaca que as recentes mudanças ocorridas na gestão de informações arquivísticas, causam uma profunda mudança do perfil profissional de quem exerce atividades nesse campo. O tradicional profissional arquivista, caracterizado como guardador de documentos terá que assumir o papel de gestor e estruturador da informação, gerada, usada e acumulada como memória em qualquer contexto orgânico e funcional.

Podemos concluir que a gestão está relacionada à administração, ao ato de gerenciar. Isso significa que é preciso ir além do ato de registro da informação em um suporte, é preciso também que se tenha um planejamento de tal forma, que, mesmo com uma quantidade exacerbada de documentos gerados diante das ferramentas tecnológicas disponíveis nos dias atuais, seja possível localizar e utilizar a informação no tempo exato e necessário para uma tomada de decisão.(RIBEIRO, 2006).

Portanto, os arquivos constituem-se em um centro ativo de informações, e estas devem estar organizadas e estruturadas para atingirem seus objetivos que são atender a administração, produzir conhecimento para assessorar a tomada de decisão e proporcionar a continuação dos trabalhos das instituições.

Em vista disso, o profissional da informação, hoje, está sendo entendido como aquele profissional que manipula, articula e domina tecnologia e serviços informacionais. O arquivista é um destes profissionais, pois a informação é à base de seu trabalho. E, como profissional da informação, o arquivista deve ser especialista, adaptando-se às novas situações e pensando em conjunto em situações específicas. Mais do que aplicar normas e conhecimentos, é necessário escutar o usuário, estudar o ambiente e dar respostas às diversas situações. (MARENGO, 1996, p.124).

2.7 Arquivos de instituições públicas

Arquivo Público pode ser definido como:

... conjunto de documentos acumulados em decorrência das funções executivas, legislativas e judiciárias do poder público no âmbito federal, estadual e municipal, bem como o conjunto de documentos de entidades de direito privado encarregadas de serviços públicos. (DBTA, 1996).

No Brasil existe um processo de modernização de políticas e gestões públicas, com o objetivo de alcançar a democratização do acesso público à informação, com a publicidade dos atos públicos e melhor qualidade dos serviços que são oferecidos a população. Criar arquivos e implantar modernas gestão de documentos ou de informações, são exigências legais que os governos (federal, estadual, municipal) tem que observarem, pois são elementos essenciais para alavancar a modernização da gestão pública, eficiência, transparência, rentabilidade e economia, além de garantir a preservação de documentos públicos.(OLIVEIRA, 2003).

Sendo assim, os arquivos públicos não podem mais servir apenas a administração e a história. Portanto devem desenvolver suas políticas de arquivo visando tornarem-se mais visíveis e úteis para a sociedade. (BELLOTTO, 2002).

Torna-se evidente, que os arquivos públicos são ótima área para desenvolver políticas de ação cultural e educativa capaz de melhorar a imagem do arquivo. Isto porque estão próximas as comunidades, contendo assim fontes históricas que retratam a vida dos municípios. Esta característica permite a interação arquivo-sociedade. Essa proximidade permite inculcar na comunidade um sentimento de respeito e conhecimento dos documentos de arquivo, que beneficia a cultura e a cidadania. (BELLOTTO, 2002)

Os arquivos possuem inúmeras funções. Há toda uma ação cultural, social e educativa, que somente é alcançada quando se estabelece amplo canal de comunicação com todos os segmentos da sociedade. Mas, isso depende da capacidade que o arquivista tenha em promover políticas de divulgação de suas atividades e de esclarecimento de suas práticas e instrumentos de ação. (BELLOTTO, 2002).

2.7.1 Documentos públicos de arquivo

Um documento só pode ser classificado como documento de arquivo ao analisar a razão de sua origem e de seu emprego, pois é ela que determina sua condição de documento de arquivo. (BELLOTO, 2005, p. 23).

Assim, a razão de sua origem ou a função pela qual são produzidos é que determina a sua condição de documento de arquivo e não a natureza do suporte ou formato.

Portanto, documentos públicos de arquivo são todos aqueles que, de qualquer suporte ou formato, são produzidos ou recebidos por um órgão governamental na condução de suas atividades. São também documentos públicos os produzidos e/ou recebidos por instituições de caráter público e por entidades privadas responsáveis pela execução de serviços públicos. (FERREIRA, 2005, p.43).

No âmbito do município, são denominados documentos públicos de arquivo, os produzidos e acumulados pelos poderes executivo e legislativo no exercício de suas funções, e que possuam valor de prova ou informação. Além disso, não pode haver administração sem documentos, e no caso das administrações públicas, estes assumem outras dimensões além das administrativas, pois estas devem prestar contas de seus atos aos cidadãos que servem e aos outros poderes. Esses registros documentais também são fontes para a história e a memória destas instituições e da relação das mesmas com os cidadãos com os quais se relacionam, pois registram suas demandas, reivindicações, protestos, e as ações do Estado como resposta aos mesmos. (FERREIRA,2005, p.43).

Nesse contexto o arquivista tem seu papel definido, que é o de preservar a evidência documentada da governança da sociedade, isto é, tudo o que possa comprovar a interação entre cidadão e Estado, o impacto do Estado na sociedade e as funções e atividades da sociedade em si mesma. (BELLOTO, 2002).

2.7.2 Importância dos arquivos para as políticas públicas

Nos últimos tempos, tornou-se muito evidente o aumento de estudos na área das ciências políticas que pretendem encontrar solução para as políticas públicas. O crescente interesse, segundo Sousa (2006, p.1) parece ser resultado de programas de reforma do estado, aliados à competição eleitoral, busca de autonomia de governos locais, necessidade de transparência e aumento na participação nas políticas setoriais e principalmente mudança recente na sociedade brasileira.

Trata-se aqui de políticas públicas como uma construção coletiva que tem como atores não só o governo, mas a sociedade como um todo. E são elaboradas visando assegurar que os direitos sociais, como os resguardados pela Constituição, sejam de fatos concretizados. De nada vale, a constituição assegurar que todos tenham direito a informação em saúde, se não existirem políticas públicas voltadas para assegurar o direito a Educação, visto que sem a mesma o cidadão enfrentará dificuldades nesse processo. Além disso, todas as políticas públicas devem ser um instrumento de planejamento, racionalização e participação popular. Só assim, com a

sociedade participando ativamente na definição e implantação de políticas públicas, a democracia atingira seu ápice e os direitos sociais podem ser de fatos garantidos a todos. (SOUZA, 2006, p.1).

Mas, para que o cidadão brasileiro seja participativo, é necessário que ele tenha acesso à informação, e esta deve estar organizada, acessível e protegida. Aí entra à função do arquivista que deve desenvolver políticas públicas de arquivo adequadas as necessidades da sociedade brasileira. Além disso, segundo Bellotto (2002, p.10), a relação dos arquivos com a administração pública e privada é evidente, visto que os documentos são o registro das suas atividades, e assim os documentos são o testemunho inequívoco da vida destas instituições.

Por política de arquivos podemos entender

Como conjunto de premissas, decisões e ações – produzidas pelo estado e inseridas nas agendas governamentais em nome do interesse social – que contemplam os diversos aspectos (administrativo, legal, científico, cultural, tecnológico etc.) relativos à produção, uso e preservação da informação arquivística de natureza pública e privada (SOUZA, 2006, p.3).

Mesmo que o principal interesse das políticas públicas de arquivo tenha sua base no direito das pessoas à informação, não podem ser deixados de lado à administração, principalmente a proteção da memória e o desenvolvimento científico. Segundo concluiu Lopes (2010), por consequência de um elevado grau de desconhecimento público dos problemas na área de arquivos e por desvinculação dos arquivos públicos da gestão da informação, já que se dá mais valor para o histórico, os arquivos permanecem vistos como objetos menores e sem maior significado. Os arquivos quando desvinculados do problema informacional, continuam sendo coisas desconhecidas sobre as quais não se falam e pouco se faz.

A valorização da informação talvez seja um bom caminho para enfrentar o problema. A implantação de políticas públicas de arquivos e a gestão de informação vêm de encontro as atuais demandas do povo brasileiro por serviços de qualidade, com ética e transparência.

Para que as políticas públicas de arquivo tenham realmente eficácia é preciso uma interação de todos os envolvidos em seu planejamento. Todos os objetivos devem ser em comum a todos os envolvidos. E isso segundo Souza (2006) é o que ainda não se conseguiu no Brasil.

3. METODOLOGIA

Neste estudo, utilizou-se da pesquisa descritiva com uma abordagem quantitativa. Descritiva por tratar-se de um estudo de caso, em que descreve-se as características de uma população, apenas observando os fatos, registrando, analisando, classificando e interpretando, sem interferir neles. Já a abordagem qualitativa por interpretar os resultados de um contexto. A pesquisa foi realizada não exclusivamente para validação das hipóteses causais, mas sim, identificar, conhecer e divulgar aspectos mais significativos da prestação dos atendimentos médicos no município, bem como tecer alguns comentários sobre os resultados encontrados e principalmente demonstrar a importância destes registros públicos para os gestores e moradores do município.(GIL, 1991).

Para a realização da pesquisa foi realizado um levantamento bibliográfico referente à temática, abordando temas como arquivos médicos e estatística, políticas públicas e arquivologia.

A técnica da pesquisa foi à pesquisa documental, e foi realizada nos registros médicos da Secretaria Municipal de Saúde.

O documento, objeto de estudo, foi a Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) (Anexo A)., pois contém uma maior quantidade de informações sobre o registro de seus pacientes.

No levantamento de dados estatísticos foram analisadas as fichas de atendimento ambulatorial de todos os atendimentos médicos realizados no segundo semestre de 2010. Isso, devido à necessidade de alta precisão, o que é fundamental para um bom planejamento. E concentrou-se na caracterização dos atendimentos médicos baseado nas características das pessoas atendidas nos ambulatórios da secretaria de saúde do município, por gênero, faixa etária e local de residência.

Foram consideradas no estudo as consultas médicas prestadas nos postos de atendimento do município, tanto na cidade como no interior do município.

A análise dos dados levantados teve como base a estatística descritiva, pois, se pretende apenas conhecer o universo estudado, no caso a cobertura do atendimento médico no município, tanto em nível municipal como por localidade de residência do paciente.

A análise está focada no número de atendimentos prestados e não no número de pacientes atendidos, pois os mesmos podem ter procurado os serviços médicos mais de uma vez de acordo com suas necessidades. Foram desconsiderados aquelas fichas de atendimento que não estiverem preenchidas corretamente, não apresentando uma das três variáveis estudadas: gênero, faixa etária e localidade de residência, ou que pertenciam a pacientes residentes em outros municípios.

Assim, foram analisadas todas as FAAs geradas pelas consultas realizadas no decorrer do período, exceto aquelas que não tiveram os dados corretamente preenchidos. Os dados foram analisados de forma simples, apresentando o número de atendimento e a percentagem que representam de acordo com as características da população atendida, sendo sumariadas as variáveis priorizadas:

- gênero: masculino e feminino, descritas em nível municipal e de localidade do paciente atendido.

- faixa etária: as faixas etárias serão definidas: 0 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 a 84 anos; 85 a 89 anos; 90 anos e mais. Sendo descritas em nível municipal e de localidade do paciente atendido.

- Local de residência: localidade de procedência do paciente atendido. Usada para identificar o alcance dos atendimentos e características locais do paciente.

Também foram descritas as consultas utilizando duas ou mais dessas variáveis ao mesmo tempo, no caso a distribuição das consultas segundo o gênero e faixa etária da população atendida.

Os dados resultantes da análise foram distribuídos geograficamente no mapa do município, de acordo com as localidades a que pertencem os pacientes atendidos. Também, foram apresentados os dados em sua totalidade no município. Foram utilizados recursos gráficos, tabelas e ilustrações. A utilização destes recursos em conjunto segundo Bezerra (2002) deve-se ao fato de que quando dispomos de muitos números em uma tabela, torna-se difícil entender o que eles transmitem, já com a utilização dos gráficos, os conteúdos das tabelas podem ser mais bem entendidos. O tipo de gráfico mais utilizado foi o gráfico de barras, que utiliza imagens para chamar a atenção do leitor, portanto melhor define os agrupamentos de dados em classes.

O mapa (MAPA, 2007) foi utilizado para distribuir os dados pelas localidades do município, proporcionando uma visão mais abrangente dos dados pesquisados, porém foi utilizado como objeto ilustrativo, podendo ter sido editado de acordo com o projeto gráfico de apresentação do trabalho.

A coleta dos dados foi realizada pelo próprio pesquisador, e digitada em banco de dados especialmente desenvolvido para coletar as informações de cada consulta, e conta com os seguintes campos: código, gênero, faixa etária e localidade.

A pesquisa foi autorizada pelo Secretário de Saúde do Município, mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B).

4 RESULTADOS

Foram analisadas 3026 consultas médicas prestadas no município de Jóia, entre 1º de julho a 31 de dezembro de 2010. As consultas médicas atenderam indivíduos de todas as faixas etárias e localidades do município.

4.1 Caracterizações das consultas médicas realizadas em todo o município

Dentre as 3026 consultas médicas prestadas em todo município (Figura 1), 63,71% das consultas foram destinadas a indivíduos do sexo feminino e 36,29% aos indivíduos do sexo masculino (Figura 2), sendo 33,18% das consultas destinadas a indivíduos entre 0 e 19 anos, 35,66% entre 20 e 49 anos e 31,16% com cinquenta anos de idade ou mais(Figura 3).

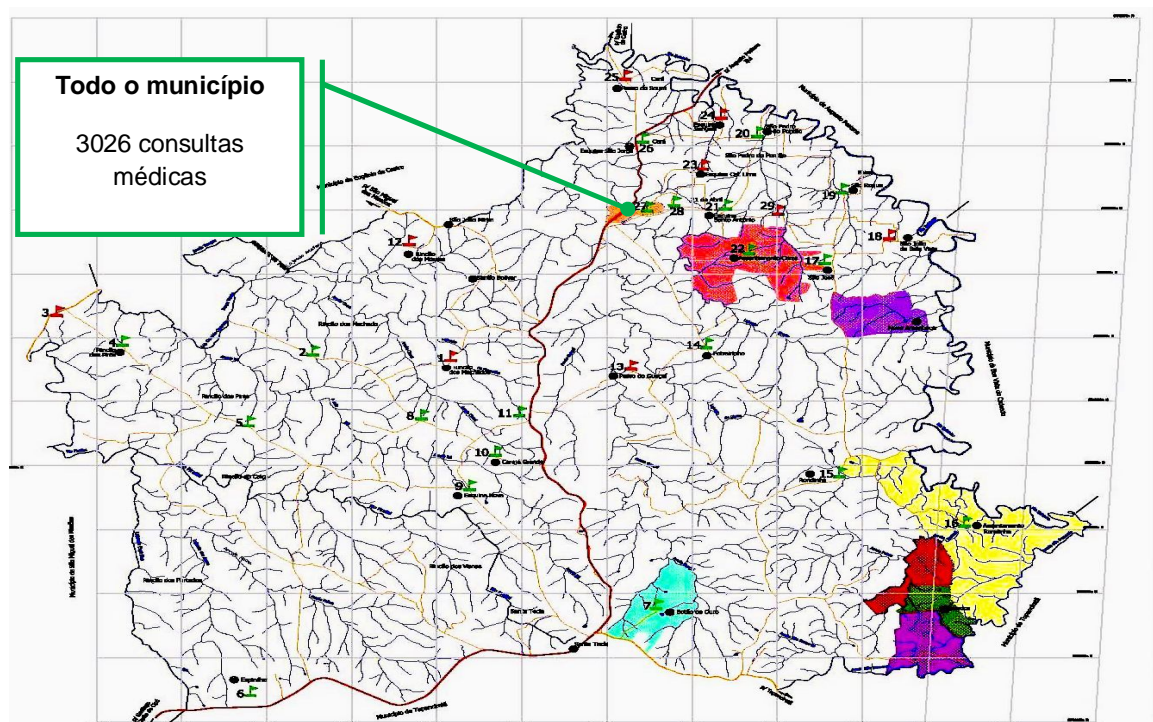


Figura 1 – Mapa Municipal

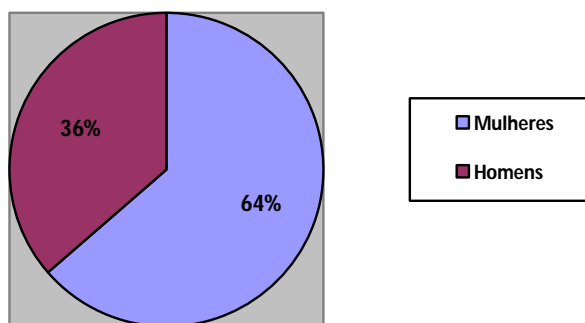


Figura 2 – Gráfico consultas por sexo

As consultas foram destinadas mais à faixa etária de 0 a 4 anos tanto para indivíduos do sexo feminino, quanto para indivíduos do sexo masculino (Tabela 1). Estes indivíduos somaram 15,34% das consultas médicas realizadas.

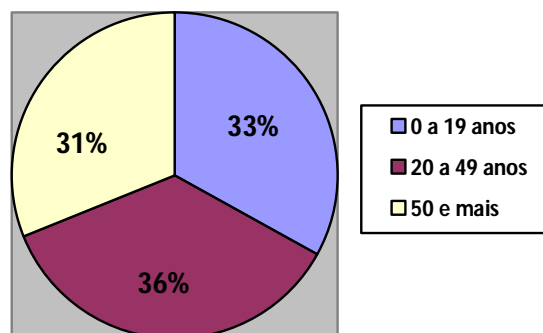


Figura 1 – Gráfico consultas por grupo de idades

Já a faixa etária em que menos foram destinadas consultas foi de 90 anos ou mais, tanto para indivíduos do sexo feminino, quanto para os de sexo masculino. Sendo destinado a estes indivíduos 0,33% das consultas médicas realizadas.

Tabela 1- Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população no município

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	215	7,11%	249	8,23%	464	15,34%
5 a 9 anos	95	3,14%	108	3,57%	203	6,71%
10 a 14 anos	70	2,31%	82	2,71%	152	5,02%
15 a 19 anos	114	3,77%	71	2,35%	185	6,12%
20 a 24 anos	112	3,70%	27	0,89%	139	4,59%
25 a 29 anos	143	4,73%	53	1,75%	196	6,48%
30 a 34 anos	158	5,22%	50	1,65%	208	6,87%
35 a 39 anos	116	3,83%	45	1,49%	161	5,32%
40 a 44 anos	145	4,79%	49	1,62%	194	6,41%
45 a 49 anos	133	4,40%	48	1,59%	181	5,99%
50 a 54 anos	151	4,99%	56	1,85%	207	6,84%
55 a 59 anos	117	3,87%	84	2,78%	201	6,65%
60 a 64 anos	98	3,24%	58	1,92%	156	5,16%
65 a 69 anos	93	3,07%	47	1,55%	140	4,62%
70 a 74 anos	77	2,54%	33	1,09%	110	3,63%
75 a 79 anos	44	1,45%	13	0,43%	57	1,88%
80 a 84 anos	26	0,86%	20	0,66%	46	1,52%
85 a 89 anos	12	0,40%	4	0,13%	16	0,53%
90 anos e mais	9	0,30%	1	0,03%	10	0,33%
Total	1928	63,71%	1098	36,29%	3026	100%

Das localidades do município as que mais receberam consultas médicas foi Jóia (sede), com 32,25% das consultas realizadas e a localidade que menos recebeu consultas foi Rincão dos Morais com 0,40% das consultas realizadas (Tabela 2).

A localidade do interior do município que mais foi destinado consultas, excluindo a Jóia (sede), foi a localidade da Rondinha com 9,19% das consultas realizadas no município.

No grupo de idades, das crianças e jovens a faixa etária que mais foi atendida foi a de 0 a 4 anos. Nos adultos foi a de 30 a 34 anos. Os idosos mais atendidos foram os da faixa etária dos 50 a 54 anos.

Tabela 2- Distribuição das consultas por localidade do município

Localidade	Consultas	
	Quantidade	Porcentagem
Jóia (sede)	976	32,25%
Assentamento Ceres	144	4,76%
Assentamento Rondinha	91	3,00%
Barroca	68	2,25%
Botão de Ouro	105	3,47%
Carajá Grande	89	2,94%
Espinilho	93	3,07%
Esquina Coronel Lima	58	1,92%
Esquina Nova	56	1,85%
Esquina Santo Antônio	76	2,51%
Esquina São Jorge (Cara)	64	2,11%
Esquina Vinte Um de Abril	108	3,57%
Novo Amanhecer	35	1,16%
Potreirinhos	53	1,75%
Rincão dos Machado	97	3,21%
Rincão do Pires	80	2,64%
Rincão dos Morais	12	0,40%
Rondinha	278	9,19%
Santa Tecla	33	1,09%
São João da Bela Vista	23	0,76%
São Jose	96	3,17%
São Pedro	46	1,52%
São Roque	49	1,62%
São João Mirim	101	3,34%
Simão Bolivar	50	1,65%
Tarumã	64	2,11%
Trinta e Um de Maio	81	2,68%
Total	3026	100%

3.2. Caracterização das consultas médicas realizadas no município por localidade de residência dos pacientes

As 3026 consultas analisadas foram prestadas na sede municipal, e em 26 localidades do interior do município.

As consultas são caracterizadas a seguir, de acordo com a localidade de origem dos pacientes.

4.2.1 Jóia – Sede Urbana

A Sede Urbana do município (Figura 4) foi a localidade do município que mais recebeu consultas médicas, sendo 32,25% das consultas realizadas no município, totalizando 976 atendimentos prestados.

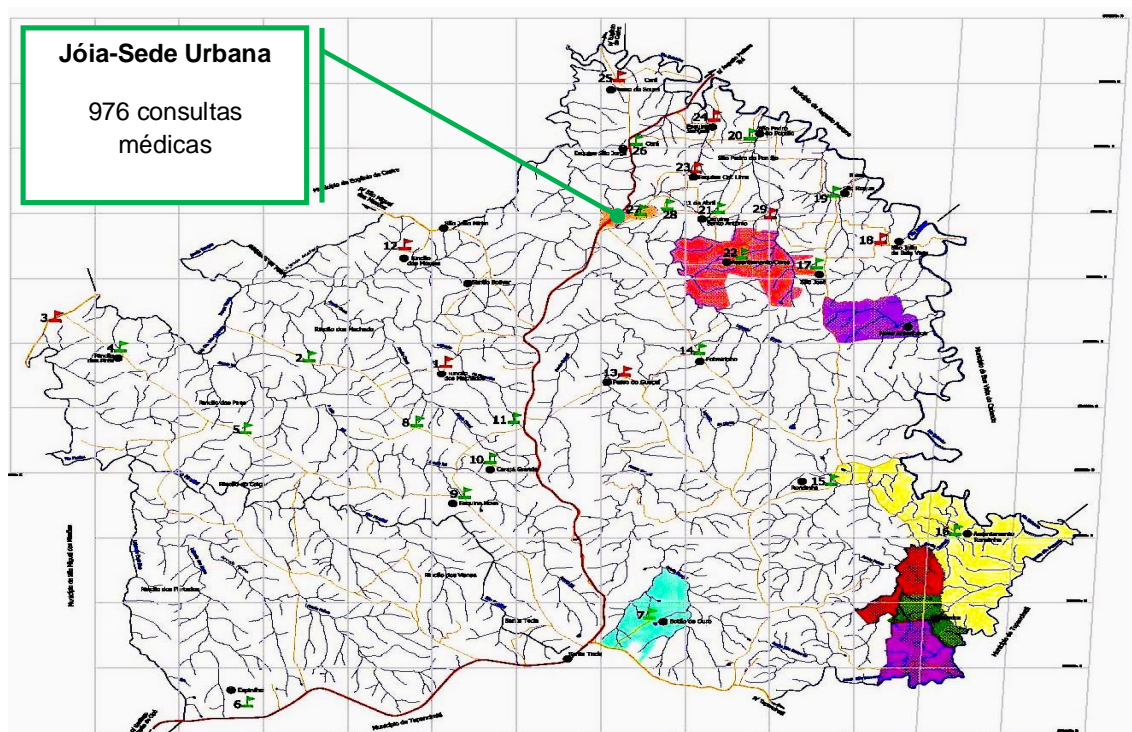


Figura 4 – Mapa municipal: localidade de Jóia – Sede Urbana

As consultas foram realizadas em sua maioria 63,45% por indivíduos do sexo feminino, já os indivíduos do sexo masculino realizaram 36,55% das consultas prestadas para indivíduos desta localidade (Tabela 3).

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 anos, 7,38% e a que menos recebeu foi a faixa etária de 90 anos ou mais, com 0% .

Tabela 3 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população em Jóia – Sede Urbana

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	72	7,38%	75	7,68%	147	15,06%
5 a 9 anos	30	3,07%	48	4,92%	78	7,99%
10 a 14 anos	23	2,36%	28	2,87%	51	5,23%
15 a 19 anos	37	3,79%	21	2,15%	58	5,94%
20 a 24 anos	30	3,07%	6	0,61%	36	3,68%
25 a 29 anos	51	5,23%	21	2,15%	72	7,38%
30 a 34 anos	51	5,23%	18	1,84%	69	7,07%
35 a 39 anos	37	3,79%	14	1,43%	51	5,22%
40 a 44 anos	43	4,41%	16	1,64%	59	6,05%
45 a 49 anos	36	3,69%	16	1,64%	52	5,33%
50 a 54 anos	51	5,23%	22	2,25%	73	7,48%
55 a 59 anos	40	4,10%	20	2,05%	60	6,15%
60 a 64 anos	32	3,28%	15	1,54%	47	4,82%
65 a 69 anos	28	2,87%	13	1,33%	41	4,20%
70 a 74 anos	29	2,97%	11	1,13%	40	4,10%
75 a 79 anos	15	1,54%	1	0,10%	16	1,64%
80 a 84 anos	9	0,92%	10	1,02%	19	1,94%
85 a 89 anos	3	0,31%	2	0,20%	5	0,51%
90 anos e mais	2	0,20%	0	0,00%	2	0,20%
Total	619	63,45%	357	36,55%	976	100%

Os indivíduos do sexo masculino receberam mais consultas na faixa etária do 0 a 4 anos com 7,68%, e menos consultas na faixa etária dos 90 anos ou mais com 0,20% das consultas realizadas para indivíduos daquela localidade(Figura 5).

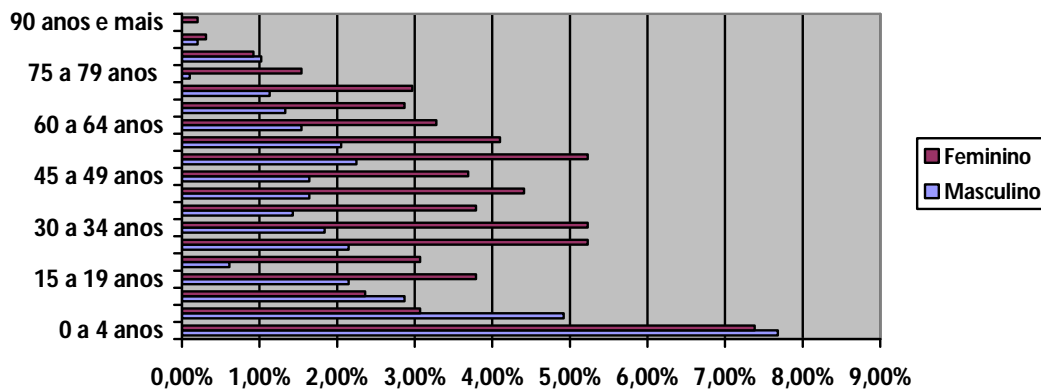


Figura 5 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Joia-Sede Urbana

4.2.2 Assentamento Ceres

A Localidade do Assentamento Ceres (Figura 6) recebeu 4,76% das consultas realizadas no município, totalizando 144 atendimentos médicos prestados.

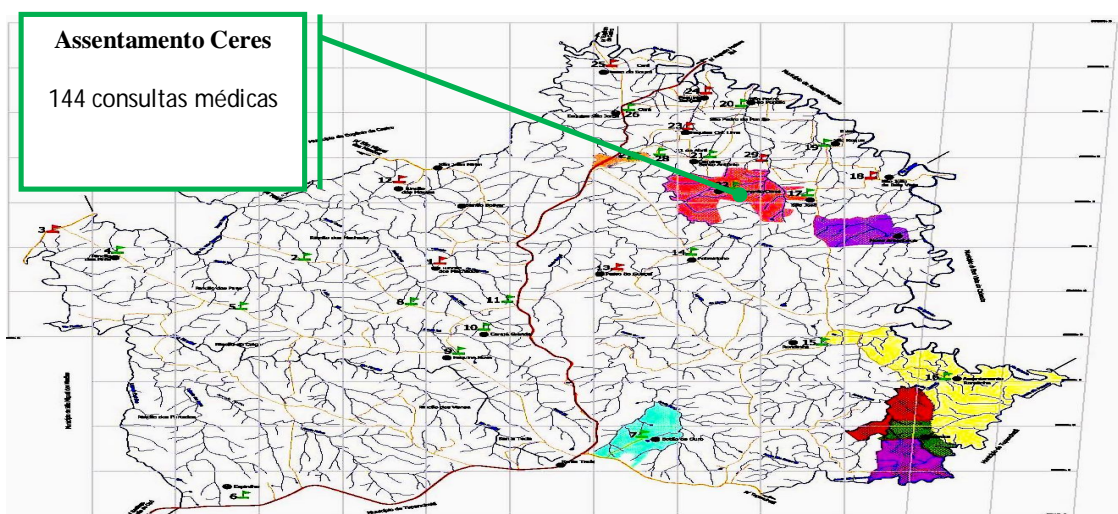


Figura 6 – Mapa municipal: localidade Assentamento Ceres

As consultas foram destinadas em sua maioria 61,13% para indivíduos do sexo feminino Já os indivíduos do sexo masculino receberam 38,87% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Assentamento Ceres

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	13	9,04%	19	13,19%	32	22,23%
5 a 9 anos	3	2,08%	9	6,25%	12	8,33%
10 a 14 anos	2	1,39%	5	3,47%	7	4,86%
15 a 19 anos	11	7,64%	2	1,39%	13	9,03%
20 a 24 anos	3	2,08%	0	0,00%	3	2,08%
25 a 29 anos	0	0,00%	1	0,69%	1	0,69%
30 a 34 anos	6	4,17%	3	2,08%	9	6,25%
35 a 39 anos	13	9,04%	4	2,78%	17	11,82%
40 a 44 anos	13	9,04%	4	2,78%	17	11,82%
45 a 49 anos	10	6,94%	1	0,69%	11	7,63%
50 a 54 anos	4	2,78%	4	2,78%	8	5,56%
55 a 59 anos	1	0,69%	1	0,69%	2	1,38%
60 a 64 anos	4	2,78%	3	2,08%	7	4,86%
65 a 69 anos	1	0,69%	0	0,00%	3	0,69%
70 a 74 anos	0	0,00%	0	0,00%	1	0,00%
75 a 79 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
80 a 84 anos	3	2,08%	0	0,00%	3	2,08%
85 a 89 anos	1	0,69%	0	0,00%	1	0,69%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	88	61,13%	56	38,87%	144	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4, 35 a 39, 40 a 44 anos, ambas com 9,04% e as menos atendidas foram de 70 a 74, 75 a 79 e 90 anos ou mais, com 0%.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4, com 13,19%. Sendo que 7 faixa etárias tiveram 0% de consultas destinadas.

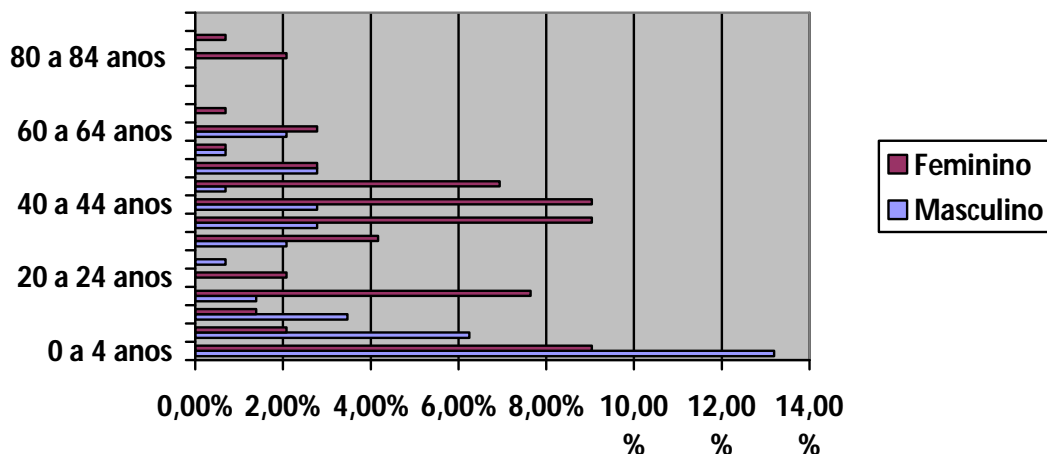


Figura 7 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo no Assentamento Ceres

4.2.3 Assentamento Rondinha

A Localidade do Assentamento Rondinha (Figura 8) recebeu 3% das consultas realizadas no município, totalizando 91 atendimentos médicos prestados.

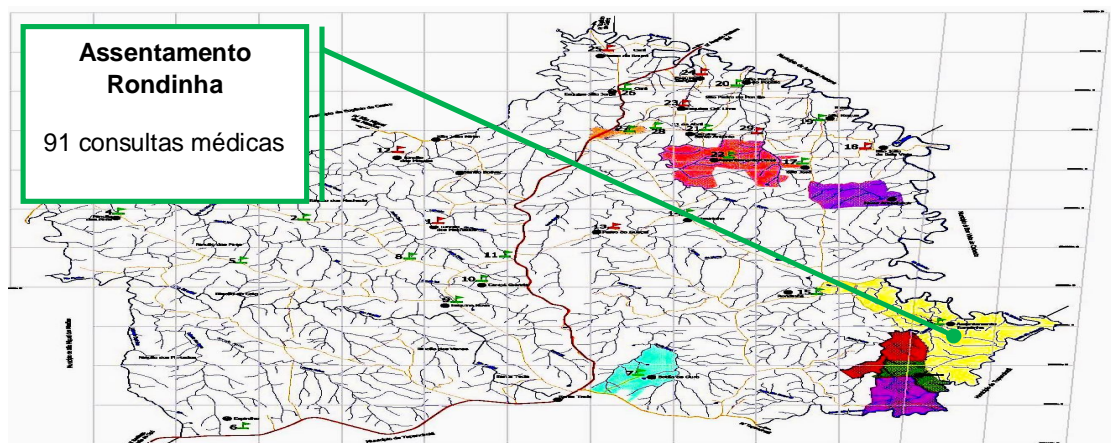


Figura 8 – Mapa municipal: localidade do Assentamento Rondinha

As consultas foram destinadas em sua maioria 61,54% para indivíduos do sexo feminino Já os indivíduos do sexo masculino receberam 38,46% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 3).

Tabela 5 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Assentamento Ceres

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	8	8,79%	5	5,49%	13	14,28%
5 a 9 anos	6	6,59%	6	6,59%	12	13,18%
10 a 14 anos	2	2,20%	3	3,30%	5	5,50%
15 a 19 anos	2	2,20%	2	2,20%	4	4,40%
20 a 24 anos	0	0,00%	1	1,10%	1	1,10%
25 a 29 anos	9	9,89%	1	1,10%	10	10,99%
30 a 34 anos	7	7,68%	0	0,00%	7	7,68%
35 a 39 anos	4	4,40%	2	2,20%	6	6,60%
40 a 44 anos	2	2,20%	1	1,10%	3	3,30%
45 a 49 anos	9	9,89%	3	3,30%	12	13,19%
50 a 54 anos	3	3,30%	1	1,10%	4	4,40%
55 a 59 anos	0	0,00%	7	7,68%	7	7,68%
60 a 64 anos	1	1,10%	1	1,10%	2	2,20%
65 a 69 anos	2	2,20%	1	1,10%	3	3,30%
70 a 74 anos	0	0,00%	1	1,10%	1	1,10%
75 a 79 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
80 a 84 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
85 a 89 anos	1	1,10%	0	0,00%	1	1,10%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	56	61,54%	35	38,46%	91	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, as faixas etárias mais atendidas foram a de 45 a 49 e 25 a 29 anos, ambas com 9,89%. Sendo que 6 faixa etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 9).

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 55 a 59 anos, 7,68% e as que menos receberam foram as de 75 a 79, 80 a 84 e de 90 anos ou mais, com 0%.

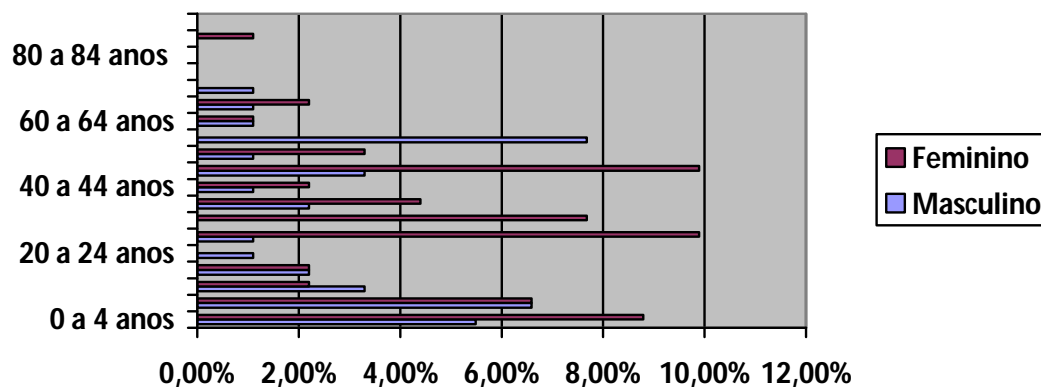


Figura 9 – Gráfico: distribuição das consultas médica por faixa etária e sexo no Assentamento Ceres

4.2.4 Barroca

Barroca (Figura 10), localidade do município que recebeu 2,25% das consultas realizadas no município, totalizando 68 atendimentos médicos prestados.

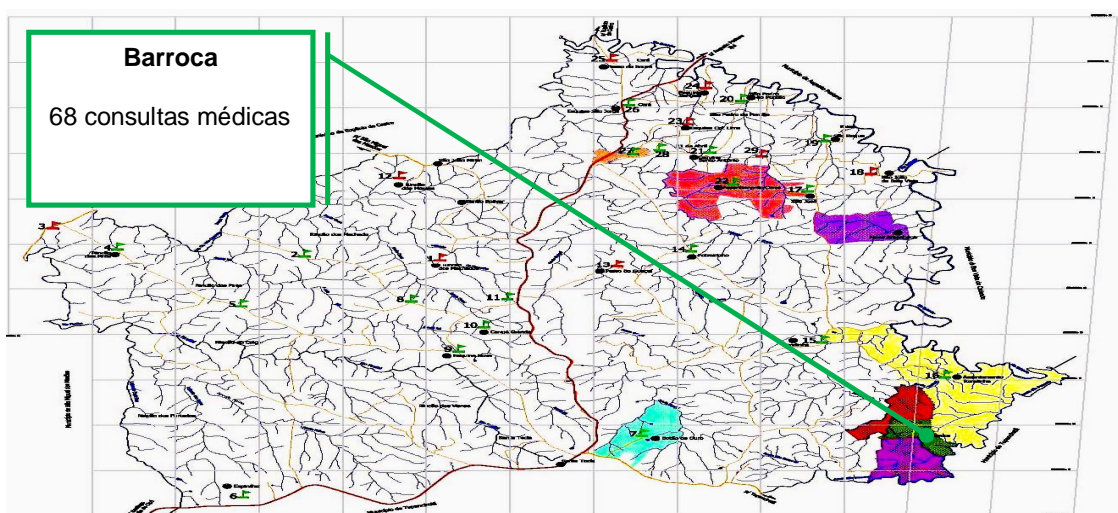


Figura 10 – Mapa municipal: localidade da Barroca

As consultas foram destinadas em sua maioria 70,59% para indivíduos do sexo feminino Já os indivíduos do sexo masculino receberam 29,41% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade como podemos perceber claramente na tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade da barroca

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	4	5,88%	1	1,47%	5	7,35%
5 a 9 anos	10	14,72%	1	1,47%	11	16,19%
10 a 14 anos	2	2,94%	5	7,35%	7	10,29%
15 a 19 anos	9	13,24%	0	0,00%	9	13,24%
20 a 24 anos	3	4,41%	0	0,00%	3	4,41%
25 a 29 anos	5	7,35%	0	0,00%	5	7,35%
30 a 34 anos	0	0,00%	1	1,47%	1	1,47%
35 a 39 anos	3	4,41%	3	4,41%	6	8,82%
40 a 44 anos	4	5,88%	4	5,88%	8	11,76%
45 a 49 anos	3	4,41%	1	1,47%	4	5,88%
50 a 54 anos	1	1,47%	1	1,47%	2	2,94%
55 a 59 anos	2	2,94%	2	2,94%	4	5,88%
60 a 64 anos	1	1,47%	1	1,47%	2	2,94%
65 a 69 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
70 a 74 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
75 a 79 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
80 a 84 anos	1	1,47%	0	0,00%	1	1,47%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	48	70,59%	20	29,41%	68	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 5 a 9 anos, com 14,72%. Sendo que 6 faixa etárias tiveram 0% de consultas destinadas.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 55 a 59 anos, 7,35%. Sendo que 9 faixas etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 11).

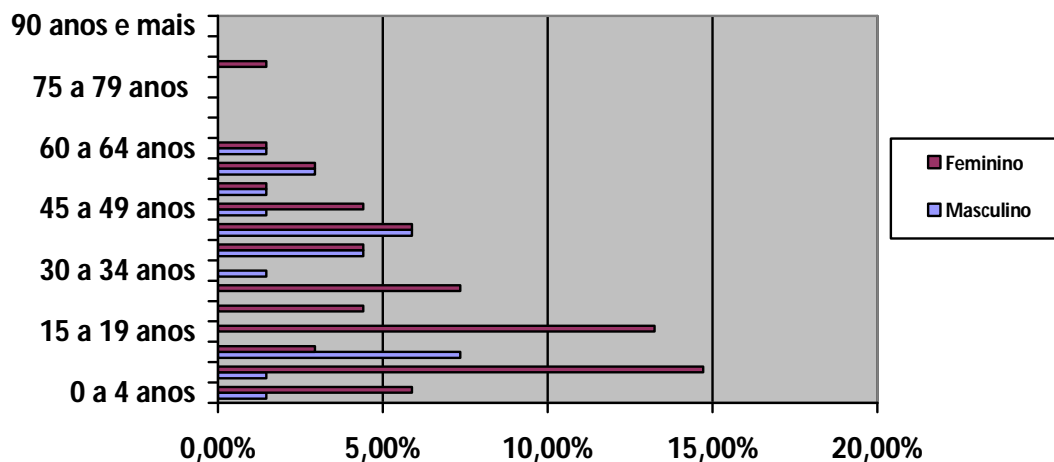


Figura 11 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo na Barroca

4.2.5 Botão de Ouro

Botão de Ouro (Figura 12) recebeu 3,47% das consultas realizadas no município, totalizando 105 atendimentos médicos prestados.

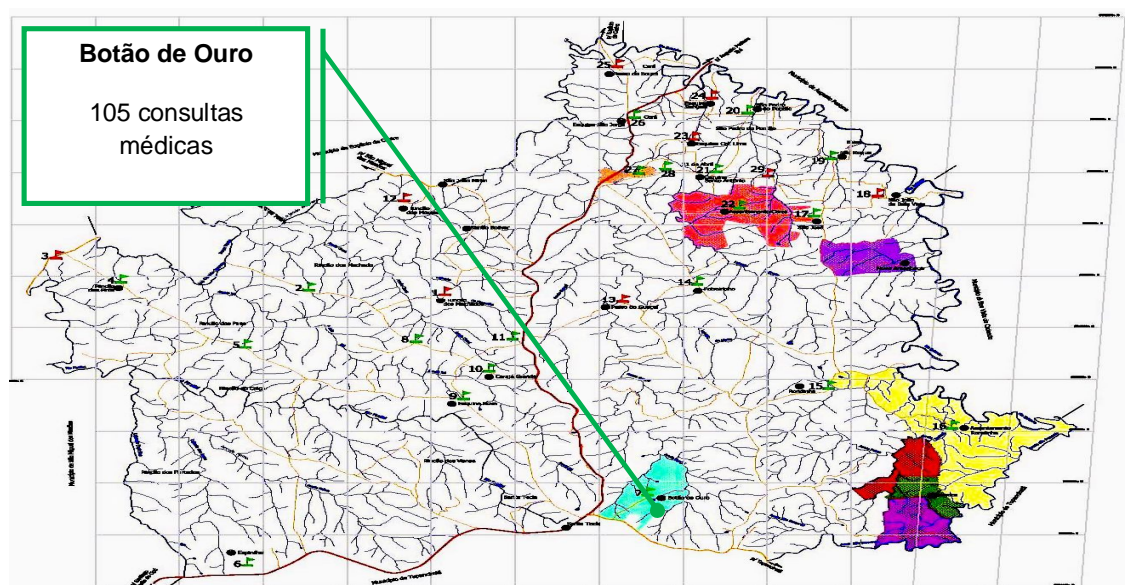


Figura 12 – Mapa municipal: localidade de Botão de Ouro

As consultas foram destinadas em sua maioria 65,71% para indivíduos do sexo feminino Já os indivíduos do sexo masculino receberam 34,29% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Botão de Ouro

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	14	13,33%	8	7,62%	22	20,95%
5 a 9 anos	2	1,90%	3	2,86%	5	8,33%
10 a 14 anos	3	2,86%	1	0,95%	4	3,81%
15 a 19 anos	3	2,86%	4	3,81%	7	6,68%
20 a 24 anos	1	0,95%	1	0,95%	2	1,90%
25 a 29 anos	3	2,86%	1	0,95%	4	3,81%
30 a 34 anos	9	8,57%	2	1,90%	11	10,47%
35 a 39 anos	3	2,86%	0	0,00%	3	2,86%
40 a 44 anos	3	2,86%	1	0,95%	4	3,81%
45 a 49 anos	1	0,95%	1	0,95%	2	1,90%
50 a 54 anos	8	7,62%	3	2,86%	11	10,47%
55 a 59 anos	7	6,68%	7	6,68%	14	13,36%
60 a 64 anos	6	5,71%	1	0,95%	7	6,68%
65 a 69 anos	2	1,90%	1	0,95%	3	2,86%
70 a 74 anos	2	1,90%	2	1,90%	4	3,81%
75 a 79 anos	1	0,95%	0	0,00%	1	0,95%
80 a 84 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	1	0,95%	0	0,00%	1	0,95%
Total	69	65,71%	36	34,29%	105	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 0 a 4 anos, com 13,33% e as que menos receberam foram as de 80 a 84 anos e de 85 a 89 anos, com 0% (Figura 13).

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 anos, 7,62% e as que menos receberam foram as de 35 a 39, 75 a 79, 80 a 84, 85 a 89 e de 90 anos ou mais, com 0%.

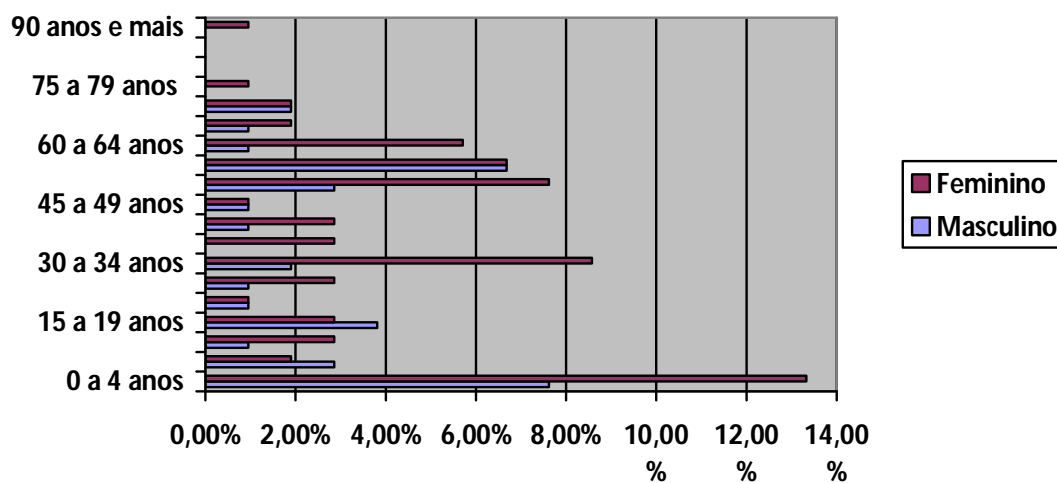


Figura 13 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo no Botão de Ouro

4.2.6 Carajá Grande

A Localidade de Carajá Grande (Figura 14) recebeu 2,94% das consultas realizadas no município, totalizando 89 atendimentos médicos prestados.

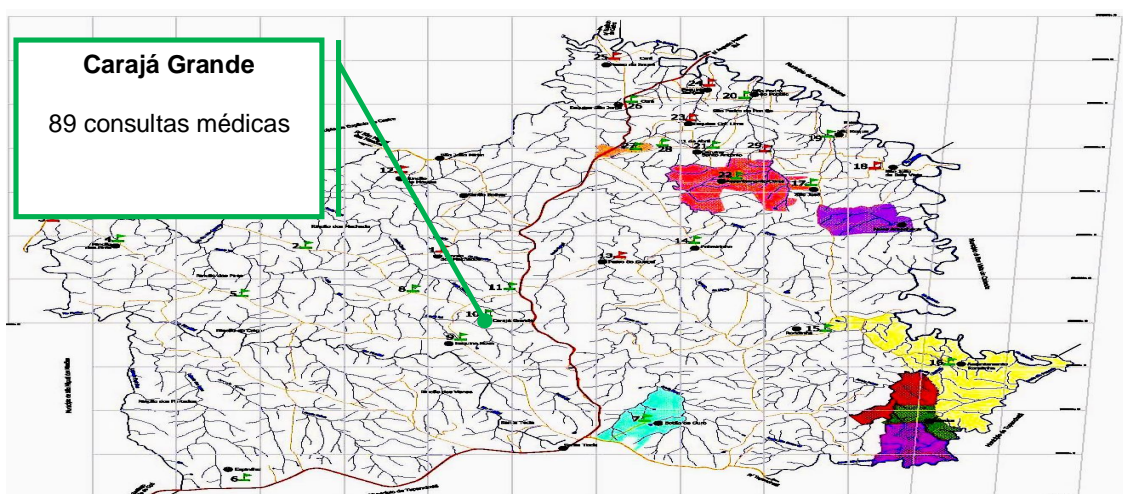


Figura 14 – Mapa municipal: localidade de Carajá Grande

As consultas foram destinadas em sua maioria 68,54% para indivíduos do sexo feminino Já os indivíduos do sexo masculino receberam 31,46% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Carajá Grande

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	10	11,25%	6	6,74%	16	17,98%
5 a 9 anos	4	4,49%	4	4,49%	8	8,98%
10 a 14 anos	1	1,12%	2	2,25%	3	3,37%
15 a 19 anos	6	6,74%	1	1,12%	7	7,87%
20 a 24 anos	5	5,62%	0	0,00%	5	5,62%
25 a 29 anos	9	10,11%	0	0,00%	9	10,11%
30 a 34 anos	7	7,87%	1	1,12%	8	8,98%
35 a 39 anos	0	0,00%	1	1,12%	1	1,12%
40 a 44 anos	1	1,12%	3	3,37%	4	4,49%
45 a 49 anos	0	0,00%	3	3,37%	3	3,37%
50 a 54 anos	4	4,49%	1	1,12%	5	5,62%
55 a 59 anos	5	5,62%	2	2,25%	7	7,87%
60 a 64 anos	2	2,25%	1	1,12%	3	3,37%
65 a 69 anos	3	3,37%	0	0,00%	3	3,37%
70 a 74 anos	0	0,00%	3	3,37%	3	3,37%
75 a 79 anos	1	1,12%	0	0,00%	1	1,12%
80 a 84 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
85 a 89 anos	3	3,37%	0	0,00%	3	3,37%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	61	68,54%	28	31,46%	89	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 0 a 4 anos, com 11,25% e as que menos receberam foram as de 35 a 39, 45 a 49, 70 a 74, 80 a 84 e de 90 anos ou mais, com 0%(Figura 15)..

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 anos, 6,74% e as que menos receberam foram as de 20 a 24, 25 a 29, 65 a 69, 75 a 79, 80 a 84, 85 a 89 e de 90 anos ou mais, com 0%.

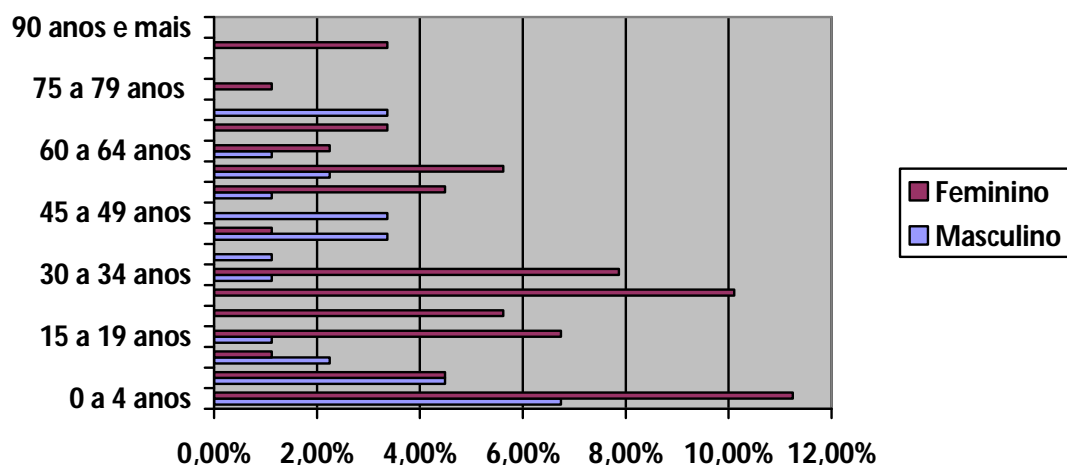


Figura 15 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo do Carajá Grande

4.2.7 Espinilho

Espinilho (Figura 16) recebeu 3,07% das consultas realizadas no município, totalizando 93 atendimentos médicos prestados.

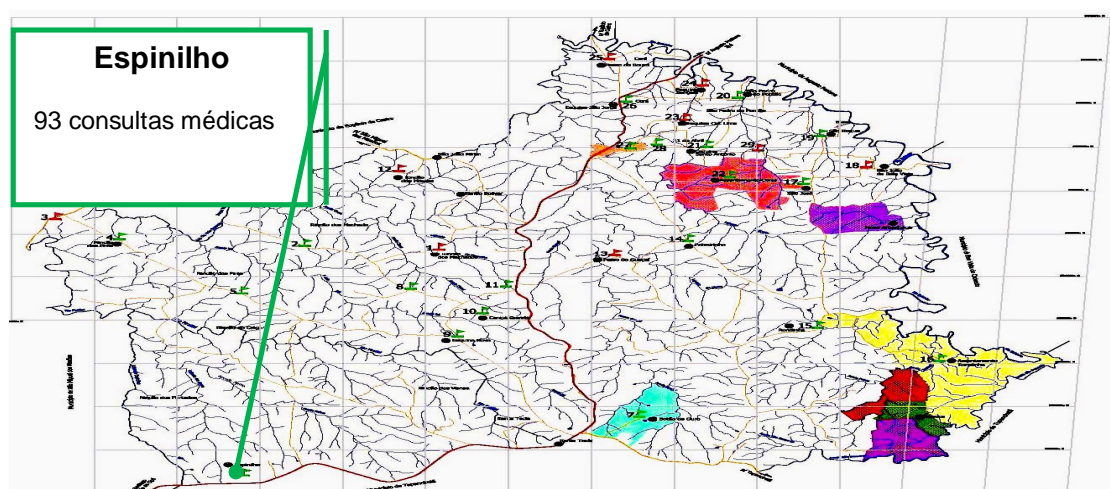


Figura 16 – Mapa municipal: localidade do Espinilho

As consultas foram destinadas em sua maioria 70,97% para indivíduos do sexo feminino Já os indivíduos do sexo masculino receberam 29,03% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Espinilho

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	11	11,84%	5	5,38%	15	17,21%
5 a 9 anos	5	5,38%	0	0,00%	5	5,38%
10 a 14 anos	1	1,08%	1	1,08%	2	2,15%
15 a 19 anos	5	5,38%	2	2,15%	7	7,53%
20 a 24 anos	8	8,60%	0	0,00%	8	8,60%
25 a 29 anos	3	3,23%	6	6,45%	9	9,68%
30 a 34 anos	6	6,45%	0	0,00%	6	6,45%
35 a 39 anos	2	2,15%	1	1,08%	3	3,23%
40 a 44 anos	6	6,45%	0	0,00%	6	6,45%
45 a 49 anos	6	6,45%	1	1,08%	7	7,53%
50 a 54 anos	3	3,23%	1	1,08%	4	4,30%
55 a 59 anos	1	1,08%	0	0,00%	1	1,08%
60 a 64 anos	4	4,30%	8	8,60%	12	12,90%
65 a 69 anos	2	2,15%	1	1,08%	3	3,23%
70 a 74 anos	2	2,15%	0	0,00%	2	3,37%
75 a 79 anos	1	1,08%	0	0,00%	1	1,08%
80 a 84 anos	0	0,00%	1	1,08%	1	1,08%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	61	70,97%	28	29,03%	93	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 0 a 4 anos, com 11,84% e as que menos receberam foram as de 80 a 84, 85 a 89 e de 90 anos ou mais, com 0%.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 60 a 64 anos, 8,60%. Sendo que 9 faixa etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 17).

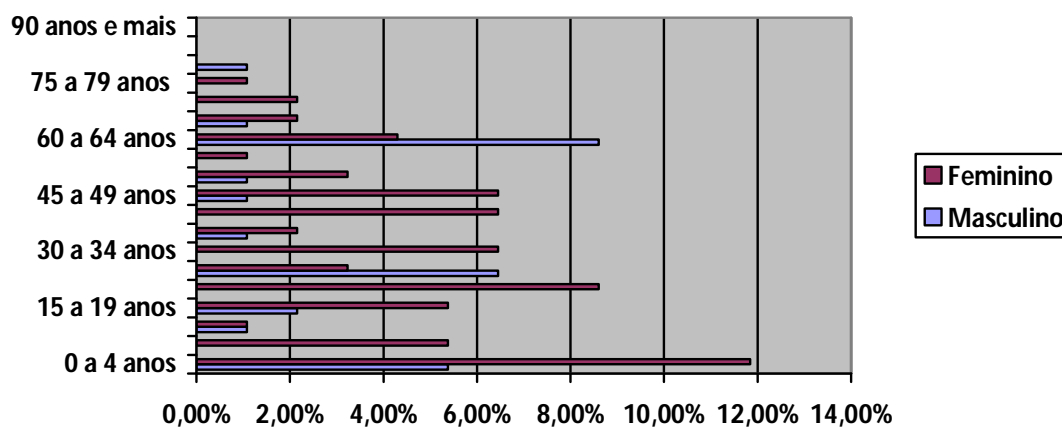


Figura 17 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo do Espinilho

4.2.8 Esquina Coronel Lima

A Localidade da Esquina Coronel Lima (Figura 18) recebeu 1,92% das consultas realizadas no município, totalizando 58 atendimentos médicos prestados.

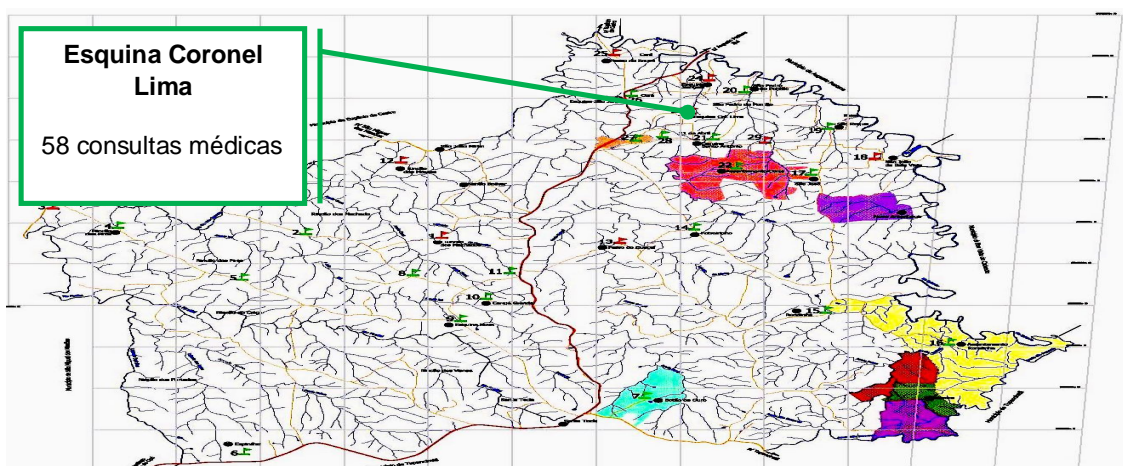


Figura 18 – Mapa municipal: localidade da Esquina Coronel Lima

As consultas foram destinadas em sua maioria 70,69% para indivíduos do sexo feminino Já os indivíduos do sexo masculino receberam 29,31% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade da Esquina Coronel Lima

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	2	3,45%	1	1,72%	3	5,17%
5 a 9 anos	1	1,72%	3	5,17%	4	6,90%
10 a 14 anos	1	1,72%	0	0,00%	1	1,72%
15 a 19 anos	6	10,34%	2	3,45%	8	13,79%
20 a 24 anos	5	8,62%	1	1,72%	6	10,34%
25 a 29 anos	2	3,45%	0	0,00%	2	3,45%
30 a 34 anos	1	1,72%	3	5,17%	4	6,89%
35 a 39 anos	1	1,72%	0	0,00%	1	1,72%
40 a 44 anos	2	3,45%	0	0,00%	2	3,45%
45 a 49 anos	2	3,45%	0	0,00%	2	3,45%
50 a 54 anos	4	6,90%	0	0,00%	4	6,90%
55 a 59 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 a 64 anos	1	1,72%	1	1,72%	2	3,45%
65 a 69 anos	6	10,34%	1	1,72%	7	12,06%
70 a 74 anos	6	10,34%	1	1,72%	7	12,06%
75 a 79 anos	0	0,00%	1	1,72%	1	1,72%
80 a 84 anos	1	1,72%	3	5,17%	4	6,90%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	41	70,69%	17	29,31%	58	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 15 a 19, 65 a 69, 70 a 79 anos, com 10,34% e as que menos receberam foram as de 55 a 59, 75 a 79, 85 a 89, e de 90 anos ou mais, com 0%.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 5 a 9 e 80 a 84 anos, 5,17%. Sendo que 9 faixa etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 19).

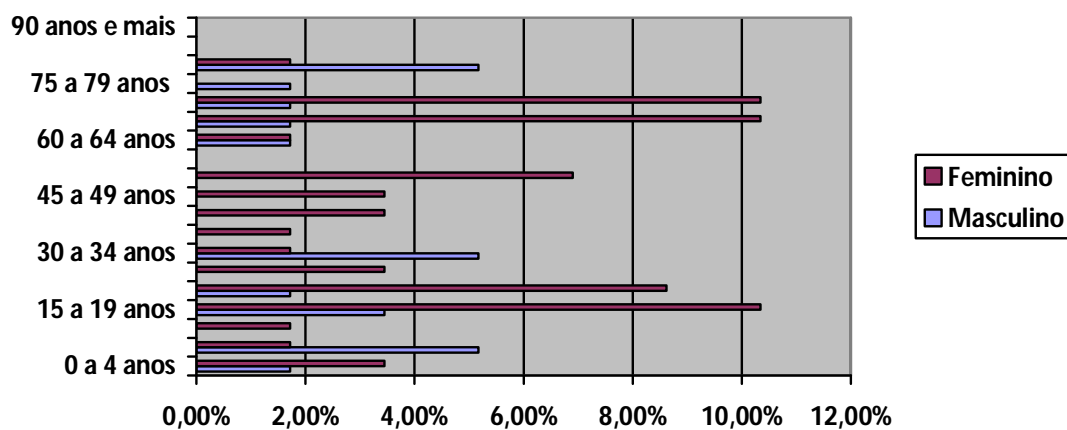


Figura 19 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Esquina Coronel Lima

4.2.9 Esquina Nova

Esquina Nova (Figura 20) recebeu 1,85% das consultas realizadas no município, totalizando 56 atendimentos médicos prestados.

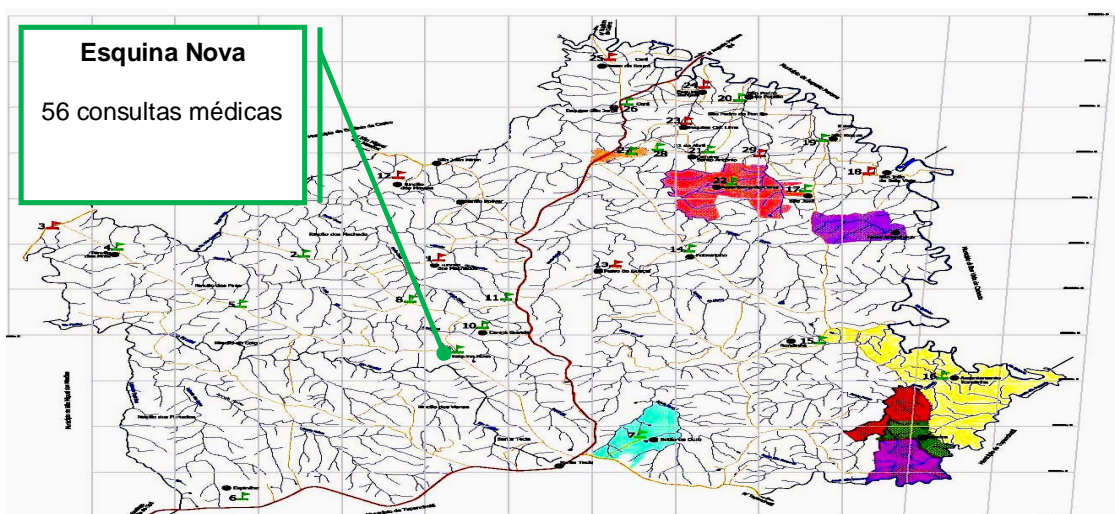


Figura 20 – Mapa municipal: localidade da Esquina Nova

As consultas foram destinadas em sua maioria 75% para indivíduos do sexo feminino Já os indivíduos do sexo masculino receberam 25% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade da Esquina Nova

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	2	3,57%	3	5,36%	5	8,93%
5 a 9 anos	1	1,79%	0	0,00%	1	1,79%
10 a 14 anos	0	0,00%	1	1,79%	1	1,79%
15 a 19 anos	1	1,79%	3	5,36%	4	7,14%
20 a 24 anos	5	8,93%	0	0,00%	5	8,93%
25 a 29 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
30 a 34 anos	4	7,14%	1	1,79%	5	8,93%
35 a 39 anos	4	7,14%	2	3,57%	6	10,71%
40 a 44 anos	5	8,93%	0	0,00%	5	8,93%
45 a 49 anos	7	12,50%	0	0,00%	7	12,50%
50 a 54 anos	5	8,93%	0	0,00%	5	8,93%
55 a 59 anos	2	3,57%	3	5,36%	5	8,93%
60 a 64 anos	3	5,36%	1	1,79%	4	7,14%
65 a 69 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
70 a 74 anos	2	3,57%	0	0,00%	2	3,57%
75 a 79 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
80 a 84 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	1	1,79%	0	0,00%	1	1,79%
Total	42	75%	14	25%	56	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 45 a 49 anos, com 12,50%. Sendo que seis faixas etárias tiveram 0% de consultas destinada.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 6 e 15 a 19, 55 a 59, com 5,17%. Sendo que 12 faixas etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 21).

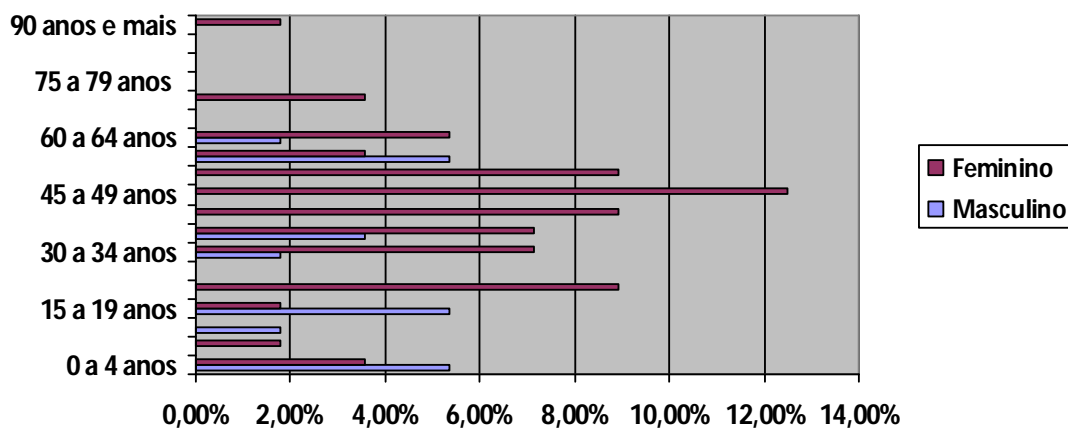


Figura 21 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Esquina Nova

4.2.10 Esquina Santo Antônio

A Localidade de Esquina Santo Antônio (Figura 22) recebeu 2,51% das consultas realizadas no município, totalizando 76 atendimentos médicos prestados.

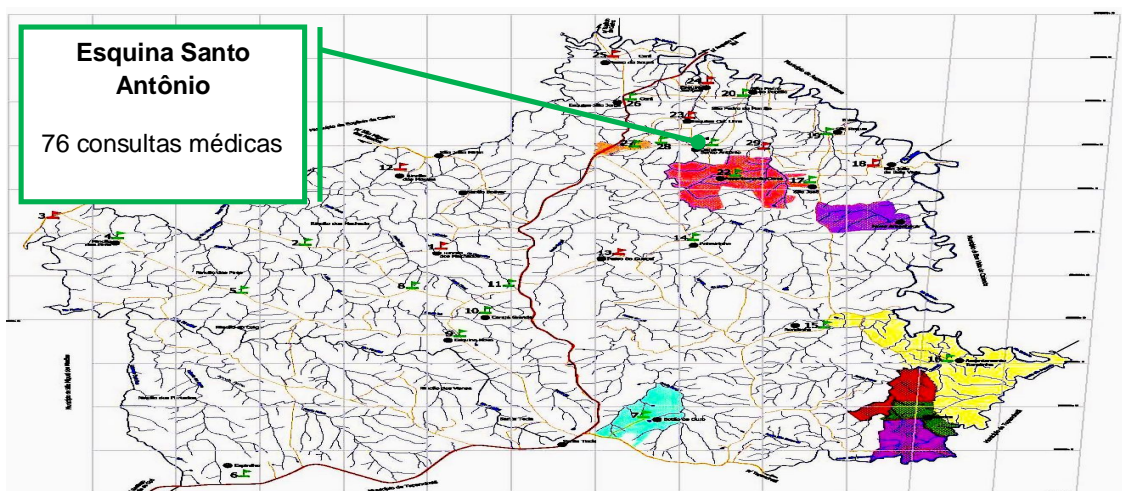


Figura 22 – Mapa municipal: localidade de Esquina Santo Antônio

As consultas foram destinadas em sua maioria 67,11% para indivíduos do sexo feminino Já os indivíduos do sexo masculino receberam 32,89% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade da Esquina Santo Antônio

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	4	5,26%	9	11,84%	13	17,10%
5 a 9 anos	3	3,95%	3	3,95%	6	7,89%
10 a 14 anos	1	1,32%	1	1,32%	2	2,63%
15 a 19 anos	0	0,00%	1	1,32%	1	1,32%
20 a 24 anos	1	1,32%	0	0,00%	1	1,32%
25 a 29 anos	2	2,63%	0	0,00%	2	2,63%
30 a 34 anos	6	7,89%	2	2,63%	8	10,52%
35 a 39 anos	4	5,26%	0	0,00%	4	5,26%
40 a 44 anos	2	2,63%	0	0,00%	2	2,63%
45 a 49 anos	4	5,26%	1	1,32%	5	6,58%
50 a 54 anos	2	2,63%	1	1,32%	3	3,95%
55 a 59 anos	5	6,58%	1	1,32%	6	7,89%
60 a 64 anos	3	3,95%	1	1,32%	4	5,26%
65 a 69 anos	5	6,58%	2	2,63%	7	9,21%
70 a 74 anos	3	3,95%	2	2,63%	5	6,58%
75 a 79 anos	5	6,58%	0	0,00%	5	6,58%
80 a 84 anos	0	0,00%	1	1,32%	1	1,32%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	1	1,32%	0	0,00%	1	1,32%
Total	51	67,11%	25	32,89%	76	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 30 a 34 anos, com 7,89% e as que menos receberam foram as de 15 a 19, 80 a 84, 85 a 89 anos, com 0%.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4, 11,84%. Sendo que sete faixas etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 23).

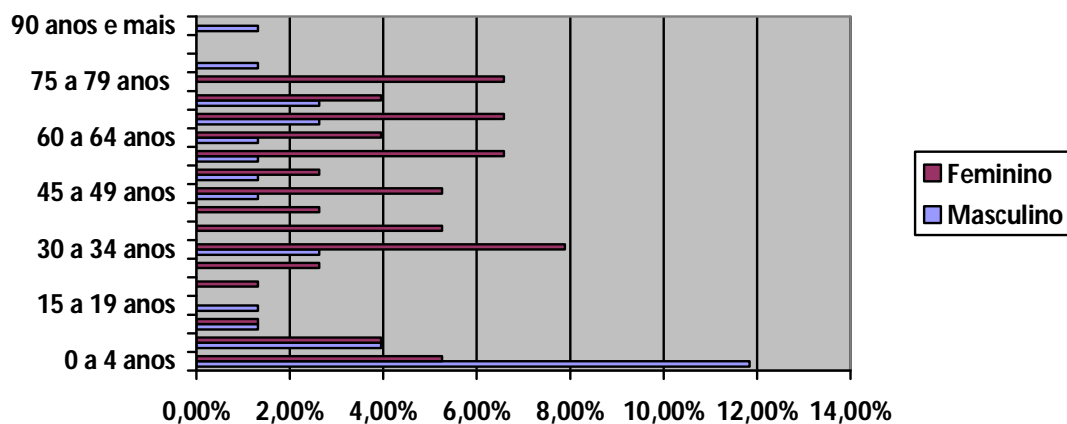


Figura 23 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Esquina Santo Antônio

4.2.11 Esquina São Jorge (cara)

Esquina São Jorge (cara) (Figura 24) recebeu 2,11% das consultas realizadas no município, totalizando 64 atendimentos médicos prestados.

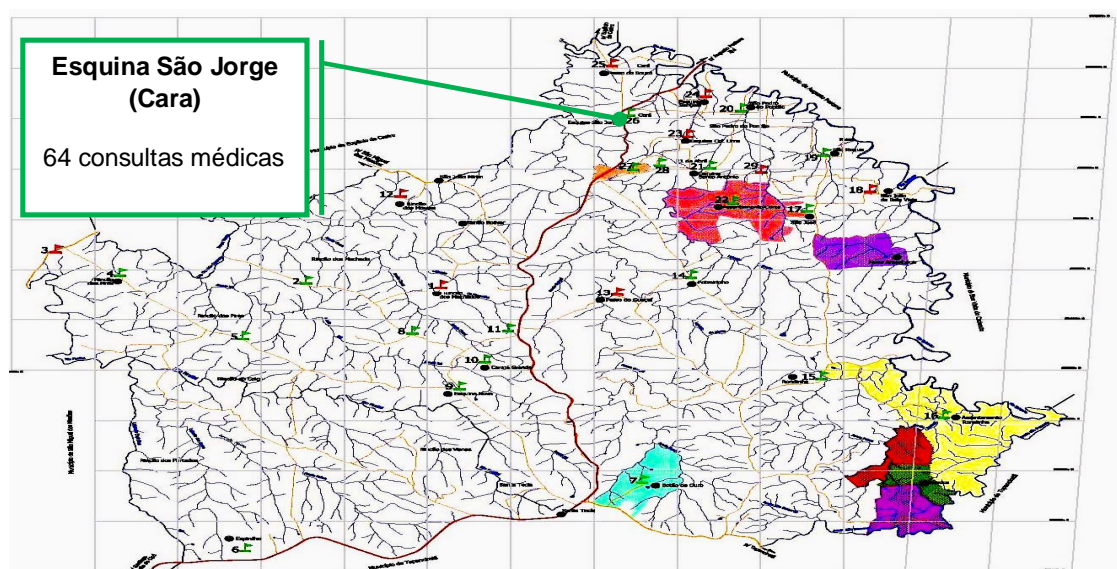


Figura 24 – Mapa municipal: localidade de Esquina São Jorge

As consultas foram destinadas em sua maioria 57,81% para indivíduos do sexo feminino Já os indivíduos do sexo masculino receberam 42,19% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade da Esquina São Jorge

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	4	6,25%	8	12,50%	12	18,75%
5 a 9 anos	0	0,00%	1	1,56%	1	1,56%
10 a 14 anos	0	0,00%	1	1,56%	1	1,56%
15 a 19 anos	1	1,56%	1	1,56%	2	3,13%
20 a 24 anos	5	7,81%	0	0,00%	5	7,81%
25 a 29 anos	0	0,00%	1	1,56%	1	1,56%
30 a 34 anos	6	9,38%	4	6,25%	10	15,63%
35 a 39 anos	0	0,00%	2	3,13%	2	3,13%
40 a 44 anos	1	1,56%	0	0,00%	1	1,56%
45 a 49 anos	7	10,94%	0	0,00%	7	10,94%
50 a 54 anos	2	3,13%	1	1,56%	3	4,69%
55 a 59 anos	2	3,13%	4	6,25%	6	9,38%
60 a 64 anos	1	1,56%	1	1,56%	1	1,56%
65 a 69 anos	2	3,13%	3	4,69%	5	7,81%
70 a 74 anos	3	4,69%	0	0,00%	3	4,69%
75 a 79 anos	1	1,56%	0	0,00%	1	1,56%
80 a 84 anos	2	3,13%	0	0,00%	2	3,13%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	37	57,81%	27	42,19%	64	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 45 a 49 anos, com 10,94%. Sendo que cinco faixas etárias tiveram 0% de consultas destinadas.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 anos, 12,50%. Sendo que oito faixas etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 25).

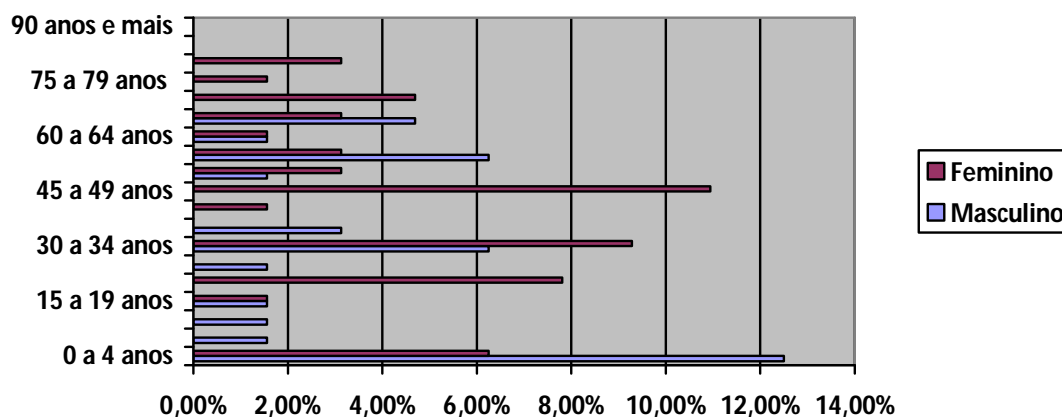


Figura 25 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Esquina São Jorge

4.2.12 Esquina Vinte Um de Abril

A Localidade Esquina Vinte Um de Abril (Figura 26) recebeu 3,57% das consultas realizadas no município, totalizando 108 atendimentos médicos prestados.

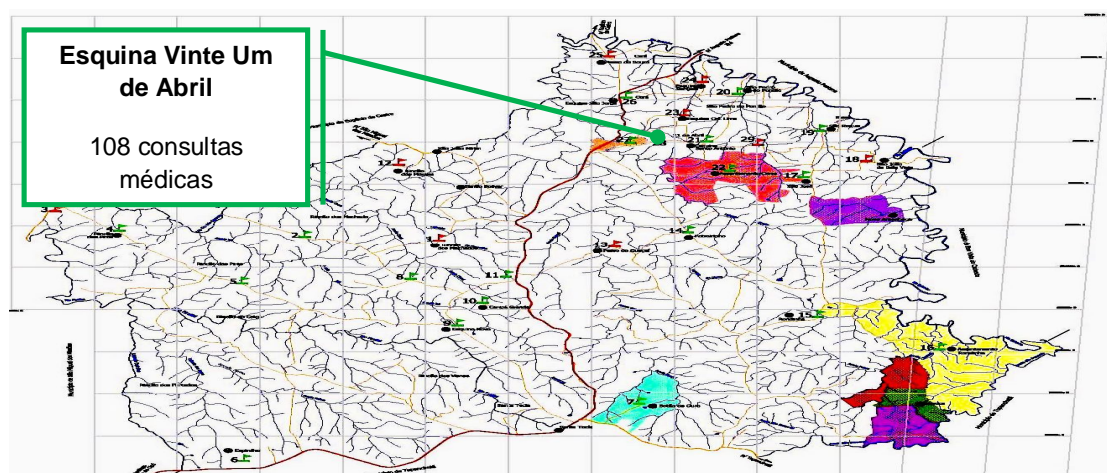


Figura 26 – Mapa municipal: localidade de Esquina Vinte Um de Abril

As consultas foram destinadas em sua maioria 75,93% para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 24,07% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade da Esquina Vinte Um de Abril

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	8	7,41%	4	3,70%	12	11,11%
5 a 9 anos	2	1,85%	1	0,93%	3	2,78%
10 a 14 anos	2	1,85%	1	0,93%	3	2,78%
15 a 19 anos	5	4,63%	1	0,93%	6	5,56%
20 a 24 anos	11	10,19%	3	2,78%	14	12,97%
25 a 29 anos	2	1,85%	2	1,85%	4	3,70%
30 a 34 anos	3	2,78%	0	0,00%	3	2,78%
35 a 39 anos	6	5,56%	4	3,70%	10	9,26%
40 a 44 anos	2	1,85%	0	0,00%	2	1,85%
45 a 49 anos	7	6,48%	0	0,00%	7	6,48%
50 a 54 anos	7	6,48%	3	2,78%	10	9,26%
55 a 59 anos	7	6,48%	0	0,00%	7	6,48%
60 a 64 anos	0	0,00%	2	1,85%	2	1,85%
65 a 69 anos	2	1,85%	2	1,85%	4	3,70%
70 a 74 anos	6	5,56%	1	0,93%	7	6,48%
75 a 79 anos	7	6,48%	1	0,93%	8	7,41%
80 a 84 anos	2	1,85%	1	0,93%	3	2,78%
85 a 89 anos	1	0,93%	0	0,00%	1	0,93%
90 anos e mais	2	1,85%	0	0,00%	2	1,85%
Total	82	75,93%	26	24,07%	108	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 20 a 24 anos, com 10,19% e a que menos recebeu foi a de 60 a 64 anos, com 0%.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 e 35 a 39 anos, 3,70% e as que menos receberam foram as de 30 a 34, 40 a 44, 45 a 49, 85 a 89 e de 90 anos ou mais, com 0% (Figura 27).

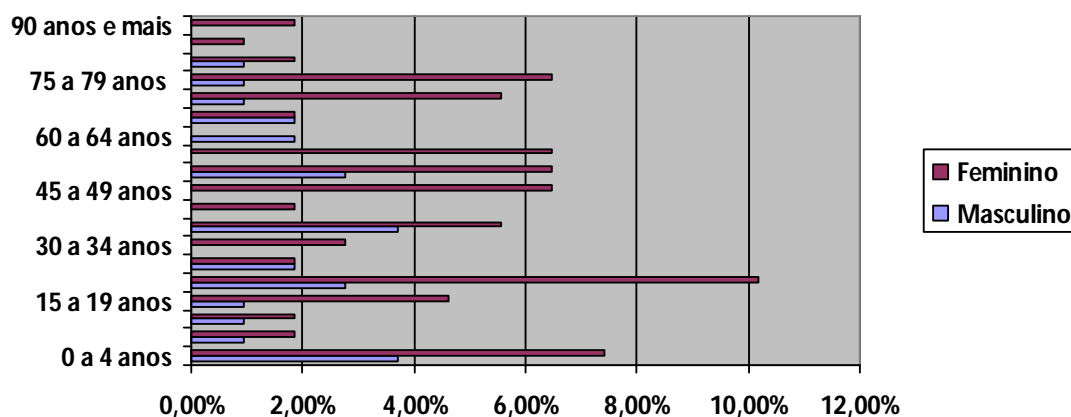


Figura 27 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Esquina Vinte Um de Abril

4.2.13 Novo Amanhecer

Novo Amanhecer (Figura 28) recebeu 1,16% das consultas realizadas no município, totalizando 35 atendimentos médicos prestados.

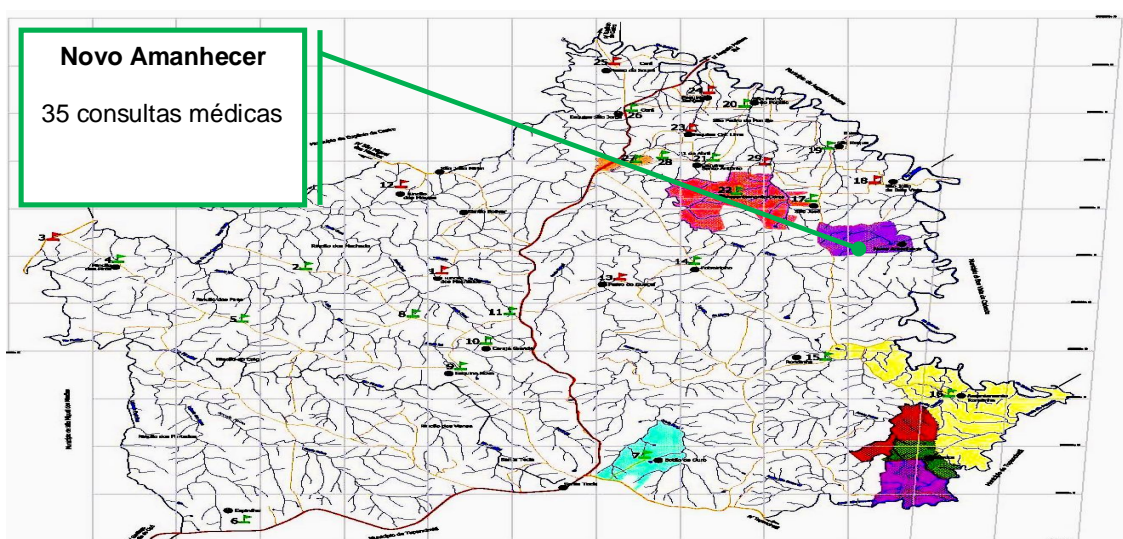


Figura 28 – Mapa municipal: localidade de Novo Amanhecer

As consultas foram destinadas em sua maioria 62,86% para indivíduos do sexo feminino Já os indivíduos do sexo masculino receberam 37,14% das consultas realizadas em pacientes desta localidade (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade Novo Amanhecer

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	2	5,71%	5	14,29%	7	20,00%
5 a 9 anos	1	2,86%	2	5,71%	3	8,57%
10 a 14 anos	1	2,86%	0	0,00%	1	2,86%
15 a 19 anos	0	0,00%	1	2,86%	1	2,86%
20 a 24 anos	3	8,57%	0	0,00%	3	8,57%
25 a 29 anos	2	5,71%	1	2,86%	3	8,57%
30 a 34 anos	2	5,71%	0	0,00%	2	5,71%
35 a 39 anos	1	2,86%	1	2,86%	2	5,71%
40 a 44 anos	1	2,86%	0	0,00%	1	2,86%
45 a 49 anos	4	11,43%	0	0,00%	4	11,43%
50 a 54 anos	2	5,71%	0	0,00%	2	5,71%
55 a 59 anos	1	2,86%	2	5,71%	3	8,57%
60 a 64 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
65 a 69 anos	0	0,00%	1	2,86%	1	2,86%
70 a 74 anos	2	5,71%	0	0,00%	2	5,71%
75 a 79 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
80 a 84 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	22	62,86%	13	37,14%	35	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 45 a 49 anos, com 11,43% e as que menos receberam foram as de 15 a 19, 60 a 64, 65 a 69, 75 a 79, 80 a 84, 85 a 89, e de 90 anos ou mais, com 0%.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 5, com 14,29% e as que menos receberam foram as de 10 a 14, 20 a 24, 30 a 34, 40 a 44, 45 a 49, 50 a 54, 60 a 64, 70 a 74, 75 a 79, 80 a 84, 85 a 89 e de 90 anos ou mais, com 0% (Figura 29).

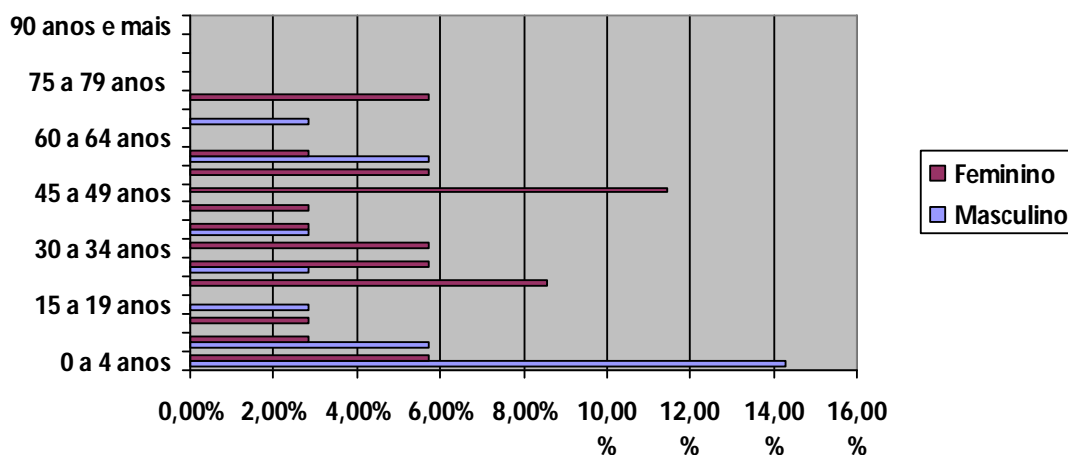


Figura 29 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Novo Amanhecer

4.2.14 Potreirinho

A Localidade de Potreirinho (Figura 30) recebeu 1,75% das consultas realizadas no município, totalizando 53 atendimentos médicos prestados.

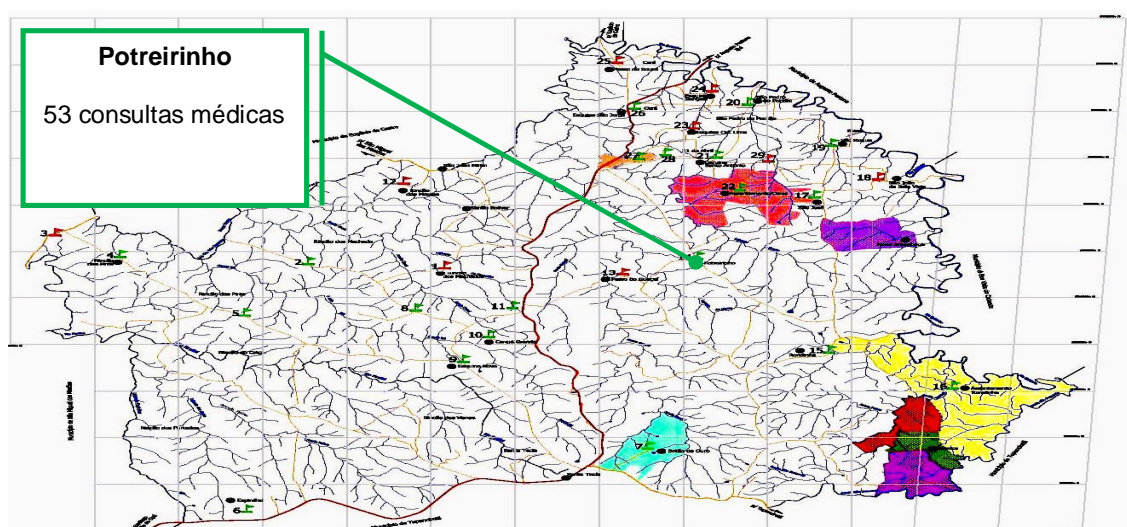


Figura 30 – Mapa municipal: localidade de Potreirinho

Nesta localidade, 49,06% das consultas prestadas foram destinadas a indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 50,94% das consultas realizadas, sendo assim a única localidade em que as consultas foram destinadas mais aos indivíduos do sexo masculino. (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de Potreirinho

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	4	7,55%	4	7,55%	8	15,10%
5 a 9 anos	1	1,89%	2	3,77%	3	5,66%
10 a 14 anos	2	3,77%	3	5,66%	5	9,43%
15 a 19 anos	0	0,00%	1	1,89%	1	1,89%
20 a 24 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
25 a 29 anos	2	3,77%	0	0,00%	2	3,77%
30 a 34 anos	4	7,55%	1	1,89%	5	9,43%
35 a 39 anos	2	3,77%	0	0,00%	2	3,77%
40 a 44 anos	1	1,89%	0	0,00%	1	1,89%
45 a 49 anos	1	1,89%	2	3,77%	3	5,66%
50 a 54 anos	3	5,66%	2	3,77%	5	6,43%
55 a 59 anos	2	3,77%	0	0,00%	2	3,77%
60 a 64 anos	2	3,77%	1	1,89%	3	5,66%
65 a 69 anos	0	0,00%	5	9,43%	5	9,43%
70 a 74 anos	0	0,00%	3	5,66%	3	5,66%
75 a 79 anos	1	1,89%	1	1,89%	2	3,77%
80 a 84 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
85 a 89 anos	1	1,89%	2	3,77%	3	5,66%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	1	1,79%
Total	26	49,06%	27	50,94%	53	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 0 a 4 anos, com 7,55% e as que menos receberam foram as de 15 a 19, 20 a 24, 65 a 69, 70 a 74, 80 a 84 e de 90 anos ou mais, com 0%.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 65 a 69, com 9,43 % e 6 receberam menos consultas, com 0% (Figura 31).

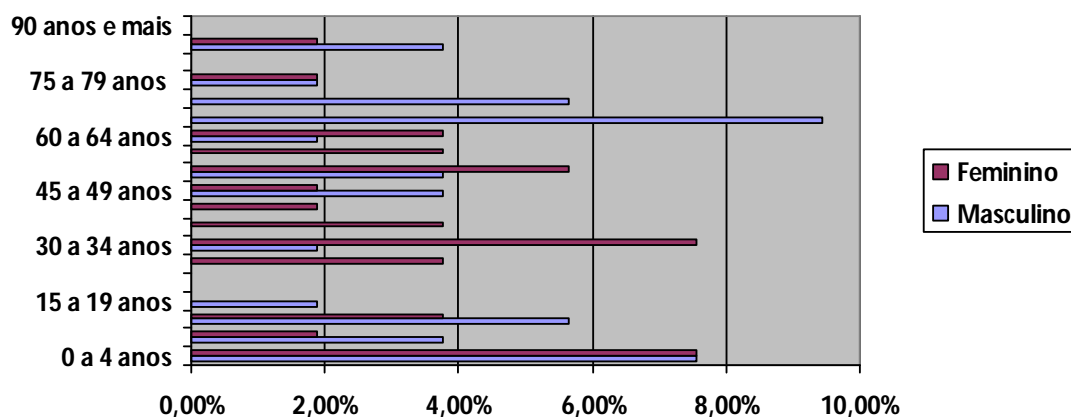


Figura 31 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Potreirinho

4.2.15 Rincão dos Machados

A Localidade de Rincão dos Machados (Figura 32) recebeu 3,21% das consultas realizadas no município, totalizando 97 atendimentos médicos prestados.

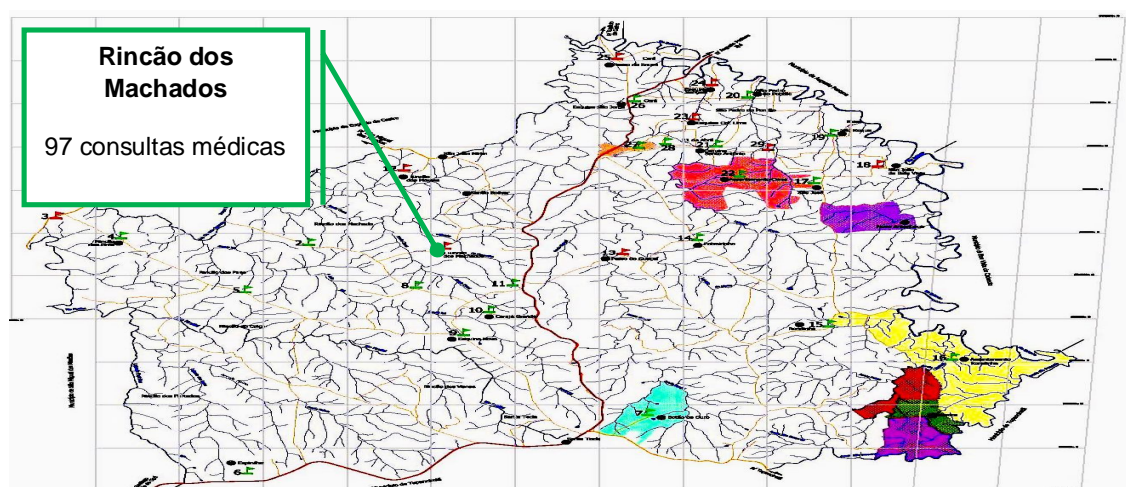


Figura 32 – Mapa municipal: localidade de Rincão dos Machados

As consultas foram destinadas em sua maioria 61,86% para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 38,14% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de Rincão dos Machados

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	3	3,09%	7	7,22%	10	10,31%
5 a 9 anos	2	2,06%	0	0,00%	2	2,06%
10 a 14 anos	3	3,09%	0	0,00%	3	3,09%
15 a 19 anos	1	1,03%	6	6,19%	7	7,22%
20 a 24 anos	5	5,15%	1	1,03%	6	6,19%
25 a 29 anos	1	1,03%	3	3,09%	4	4,12%
30 a 34 anos	2	2,06%	0	0,00%	2	2,06%
35 a 39 anos	5	5,15%	0	0,00%	5	5,15%
40 a 44 anos	9	9,28%	1	1,03%	10	10,31%
45 a 49 anos	9	9,28%	3	3,09%	12	12,37%
50 a 54 anos	4	4,12%	1	1,03%	5	5,15%
55 a 59 anos	4	4,12%	5	5,15%	9	9,28%
60 a 64 anos	2	2,06%	3	3,09%	5	7,22%
65 a 69 anos	7	7,22%	4	4,12%	11	11,34%
70 a 74 anos	1	1,03%	2	2,06%	3	3,09%
75 a 79 anos	0	0,00%	1	1,03%	1	1,03%
80 a 84 anos	2	2,06%	0	0,00%	2	2,06%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	60	61,86%	37	38,14%	97	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 40 a 44, 45 a 49 anos, com 9,28% e as que menos receberam foram as de 75 a 79, 85 a 89, e de 90 anos ou mais, com 0%.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4, com 7,22% e as que menos receberam foram as de 5 a 9, 10 a 14, 30 a 34, 35 a 39, 80 a 84, 85 a 89 e de 90 anos ou mais, com 0% (Figura 33).

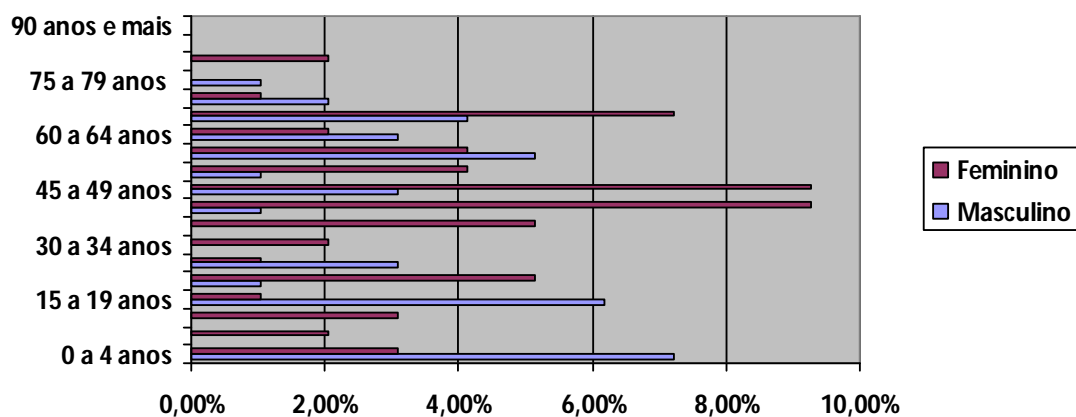


Figura 33 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Rincão dos Machados

4.2.16 Rincão dos Pires

Rincão dos Pires (Figura 34) recebeu 2,64% das consultas realizadas no município, totalizando 80 atendimentos médicos prestados.

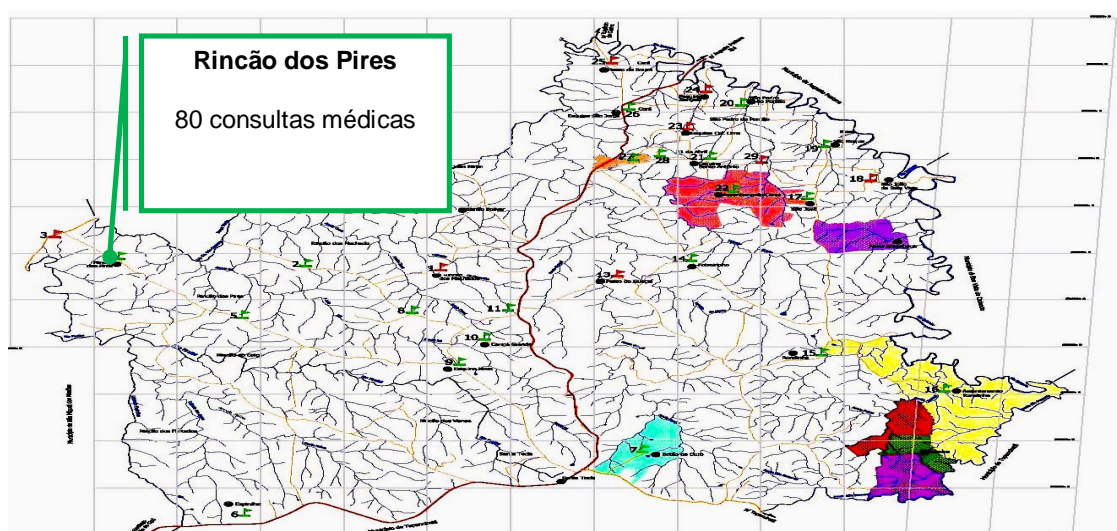


Figura 34 – Mapa municipal: localidade de Rincão dos Pires

As consultas foram destinadas em sua maioria 63,75% para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 36,25% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Rincão dos Pires

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	9	11,25%	5	6,25%	14	17,50%
5 a 9 anos	4	5,00%	1	1,25%	5	6,25%
10 a 14 anos	1	1,25%	3	3,75%	4	5,00%
15 a 19 anos	1	1,25%	1	1,25%	2	2,50%
20 a 24 anos	1	1,25%	0	0,00%	1	1,25%
25 a 29 anos	10	12,50%	2	2,50%	12	15,00%
30 a 34 anos	2	2,50%	1	1,25%	3	3,75%
35 a 39 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
40 a 44 anos	3	3,75%	0	0,00%	3	3,75%
45 a 49 anos	3	3,75%	4	5,00%	7	8,75%
50 a 54 anos	3	3,75%	3	3,75%	6	7,50%
55 a 59 anos	5	6,25%	1	1,25%	6	7,50%
60 a 64 anos	1	1,25%	4	5,00%	5	6,25%
65 a 69 anos	6	7,50%	1	1,25%	7	8,75%
70 a 74 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
75 a 79 anos	2	2,50%	2	2,50%	4	5,00%
80 a 84 anos	0	0,00%	1	1,25%	1	1,25%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	51	63,75%	29	36,25%	80	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 25 a 29 anos, com 12,50% e as que menos receberam foram as de 35 a 39, 70 a 74, 80 a 84, 85 a 89 e de 90 anos ou mais, com 0%.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 anos, com 6,25%. Sendo que seis faixas etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 35).

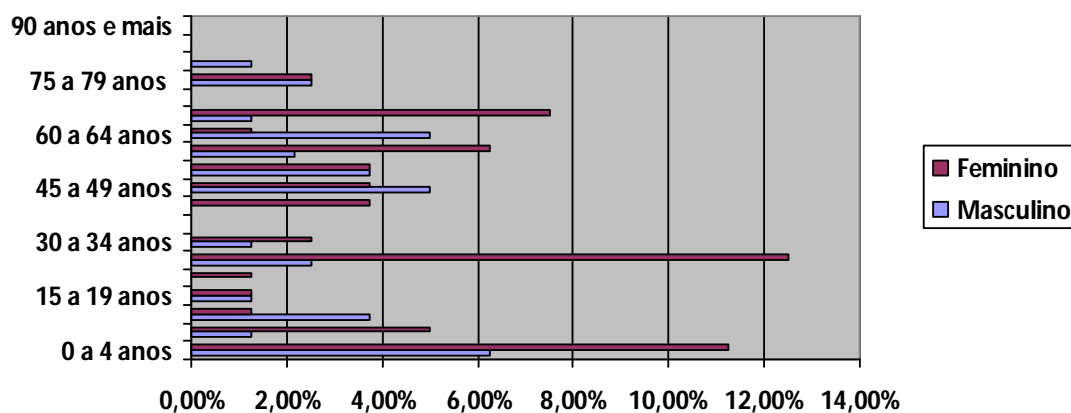


Figura 35 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Rincão dos Pires

4.2.17 Rincão dos Morais

A Localidade de Rincão do Morais (Figura 36) recebeu 0,40% das consultas realizadas no município, totalizando 12 atendimentos médicos prestados.

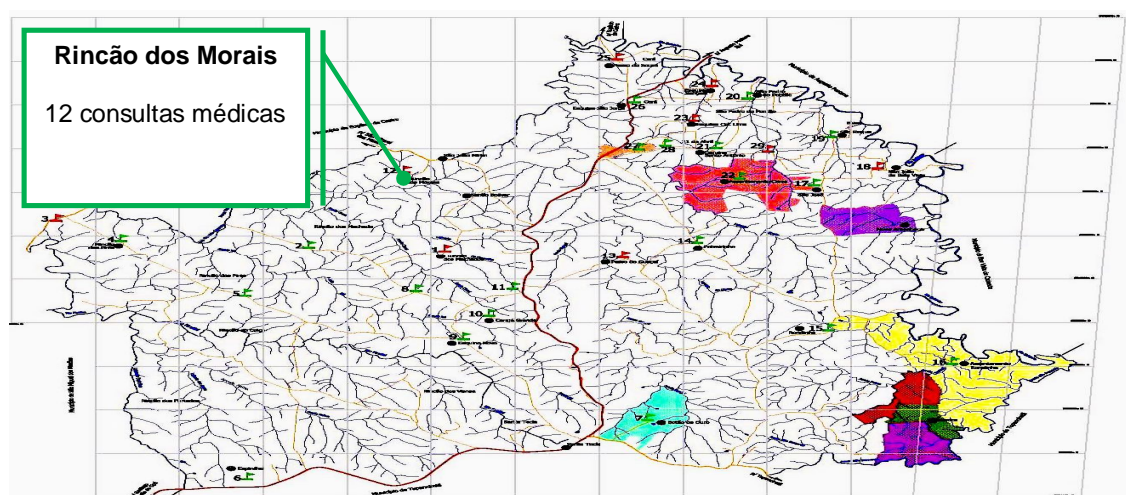


Figura 36 – Mapa municipal: localidade de Rincão dos Morais

As consultas foram destinadas em sua maioria 91,67% para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 8,33% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Rincão dos Morais

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
5 a 9 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
10 a 14 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
15 a 19 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
20 a 24 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
25 a 29 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
30 a 34 anos	1	8,33%	0	0,00%	1	8,33%
35 a 39 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
40 a 44 anos	1	8,33%	0	0,00%	1	8,33%
45 a 49 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
50 a 54 anos	3	25,00%	0	0,00%	3	25,00%
55 a 59 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
60 a 64 anos	5	41,67%	1	8,33%	6	50,00%
65 a 69 anos	1	8,33%	0	0,00%	1	8,33%
70 a 74 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
75 a 79 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
80 a 84 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	11	91,67%	1	8,33%	12	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, quatro faixas etárias foram mais atendidas, ambas com 8,33%. Já todas as demais receberam 0% de consultas.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 60 a 64 anos, com 8,33%. Sendo que todas as demais faixas etárias não tiveram consultas disponibilizadas (Figura 37).

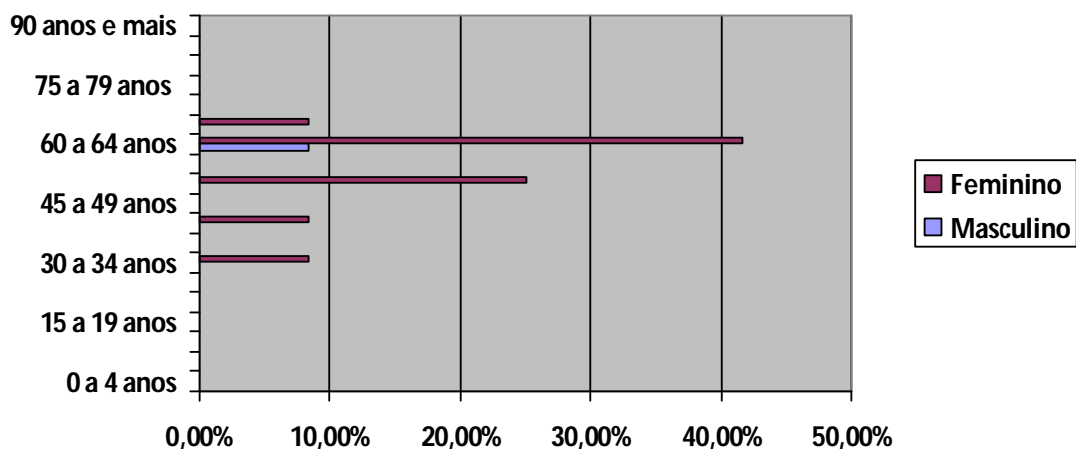


Figura 37 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Rincão dos Morais

4.2.18 Rondinha

Rondinha (Figura 38) recebeu 9,19% das consultas realizadas no município, totalizando 278 atendimentos médicos prestados.

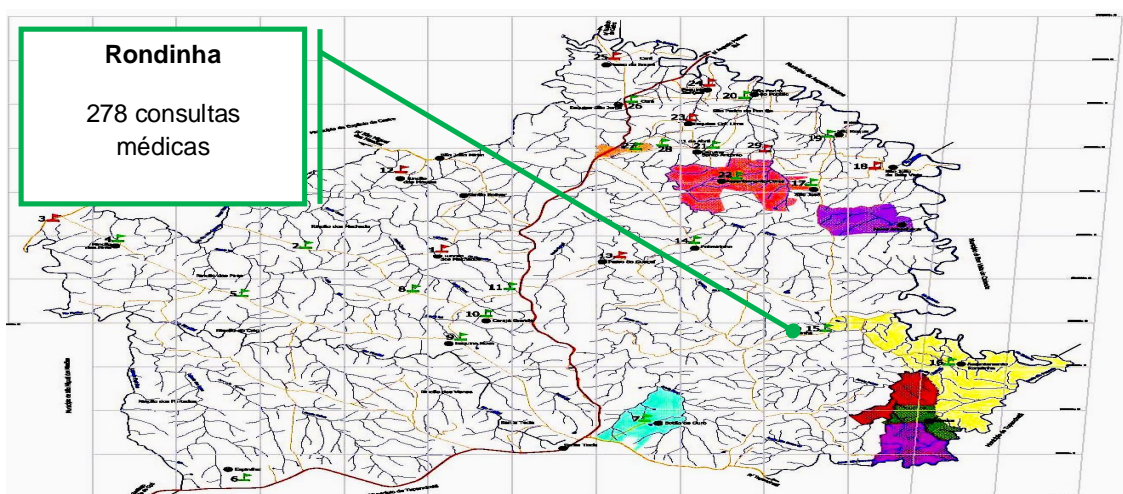


Figura 38 – Mapa municipal: localidade de Rondinha

As consultas foram destinadas em sua maioria 61,15% para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 38,85% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de Rondinha

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	12	4,32%	25	8,99%	37	13,31%
5 a 9 anos	5	1,80%	7	2,52%	12	4,32%
10 a 14 anos	15	5,40%	10	3,60%	25	9,00%
15 a 19 anos	12	4,32%	9	3,24%	21	7,56%
20 a 24 anos	13	4,68%	5	1,80%	18	6,48%
25 a 29 anos	12	4,32%	1	0,36%	13	4,68%
30 a 34 anos	18	6,47%	7	2,52%	25	9,00%
35 a 39 anos	11	3,96%	2	0,72%	13	4,68%
40 a 44 anos	21	7,55%	10	3,60%	31	11,15%
45 a 49 anos	6	2,16%	7	2,52%	13	4,68%
50 a 54 anos	19	6,83%	4	1,44%	23	8,27%
55 a 59 anos	6	2,16%	10	3,60%	16	5,76%
60 a 64 anos	8	2,88%	6	2,16%	14	5,04%
65 a 69 anos	3	1,08%	3	1,08%	6	2,16%
70 a 74 anos	8	2,88%	2	0,72%	10	3,60%
75 a 79 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	3,77%
80 a 84 anos	1	0,36%	0	0,00%	1	0,36%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	170	61,15%	108	38,85%	278	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 40 a 44 anos, com 7,55% e as que menos receberam foram as de 75 a 79, 85 a 89 e de 90 anos ou mais, com 0%.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 anos, com 8,99% e as que menos receberam foram as de 75 a 79, 80 a 84, 85 a 89 e de 90 anos ou mais, com 0% (Figura 39).

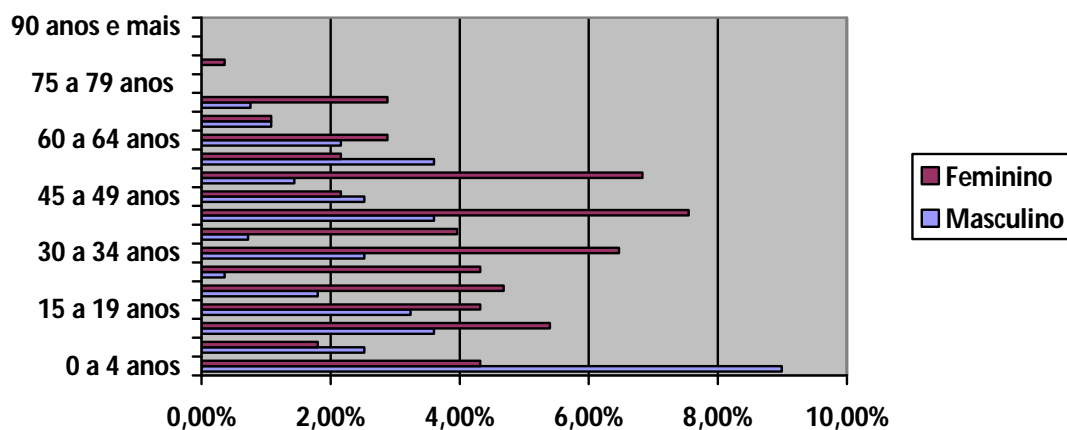


Figura 39 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Rondinha

4.2.19 Santa Tecla

Santa Tecla (Figura 40) recebeu 1,09% das consultas realizadas no município, totalizando 33 atendimentos médicos prestados.

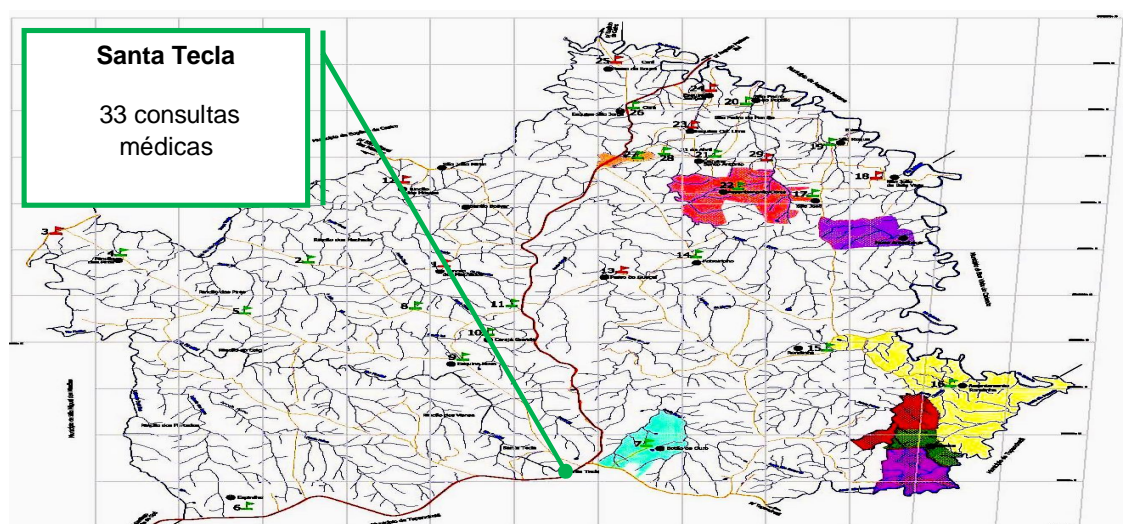


Figura 40 – Mapa municipal: localidade de Santa Tecla

As consultas foram destinadas em sua maioria 60,60% para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 39,40% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de Santa Tecla

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	2	6,06%	0	0,00%	2	6,06%
5 a 9 anos	0	0,00%	1	3,03%	1	3,03%
10 a 14 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
15 a 19 anos	0	0,00%	3	9,09%	3	9,09%
20 a 24 anos	1	3,03%	0	0,00%	1	3,03%
25 a 29 anos	2	6,06%	2	6,06%	4	12,12%
30 a 34 anos	2	6,06%	3	9,09%	5	15,15%
35 a 39 anos	4	12,12%	1	3,03%	5	15,15%
40 a 44 anos	3	9,09%	0	0,00%	3	9,09%
45 a 49 anos	0	0,00%	1	3,03%	1	3,03%
50 a 54 anos	1	3,03%	0	0,00%	1	3,03%
55 a 59 anos	1	3,03%	1	3,03%	2	6,06%
60 a 64 anos	3	9,09%	1	3,03%	4	12,12%
65 a 69 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
70 a 74 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
75 a 79 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
80 a 84 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
85 a 89 anos	1	3,03%	0	0,00%	1	3,03%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	20	60,60%	13	39,40%	33	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 35 a 39 anos, com 12,12%. Já nas que menos receberam consultas nove faixas etárias receberam 0% de consultas.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 15 a 19 e 30 a 34 anos, ambas com 9,09%. Sendo que 11 faixas etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 41).

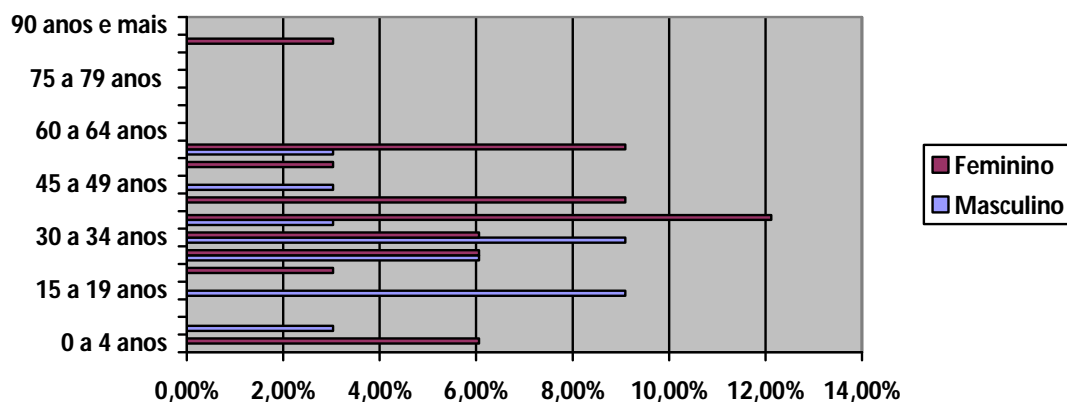


Figura 41– Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Santa Tecla

4.2.20 São Joao Da Bela Vista

A Localidade de São João da Bela Vista (Figura 42) recebeu 0,76% das consultas realizadas no município, totalizando 23 atendimentos médicos prestados.

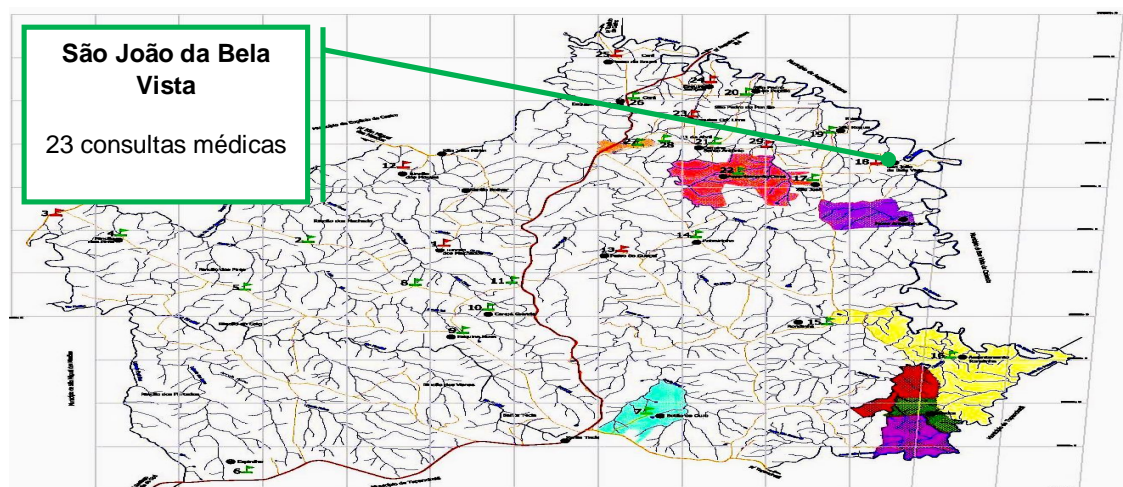


Figura 42 – Mapa municipal: localidade de São João da Bela Vista

As consultas foram destinadas em sua maioria 60,87% para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 39,13% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de São João da Bela Vista

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	0	0,00%	1	4,35%	1	4,35%
5 a 9 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	5,66%
10 a 14 anos	0	0,00%	1	4,35%	1	4,35%
15 a 19 anos	0	0,00%	1	4,35%	1	4,35%
20 a 24 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
25 a 29 anos	0	0,00%	1	4,35%	1	4,35%
30 a 34 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
35 a 39 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
40 a 44 anos	1	4,35%	0	0,00%	1	4,35%
45 a 49 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
50 a 54 anos	6	26,09%	0	0,00%	6	26,09%
55 a 59 anos	2	8,70%	1	4,35%	3	13,04%
60 a 64 anos	2	8,70%	0	0,00%	2	8,70%
65 a 69 anos	0	0,00%	3	13,04%	3	13,04%
70 a 74 anos	2	8,70%	0	0,00%	2	8,70%
75 a 79 anos	1	4,35%	0	0,00%	1	4,35%
80 a 84 anos	0	0,00%	1	4,35%	1	4,35%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	14	60,87%	9	39,13%	23	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 50 a 54 anos, com 26,09%. Já nas que menos receberam consultas 13 faixas etárias receberam 0% de consultas.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 65 a 69 anos, com 13,04%. Sendo que 12 faixa etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 43).

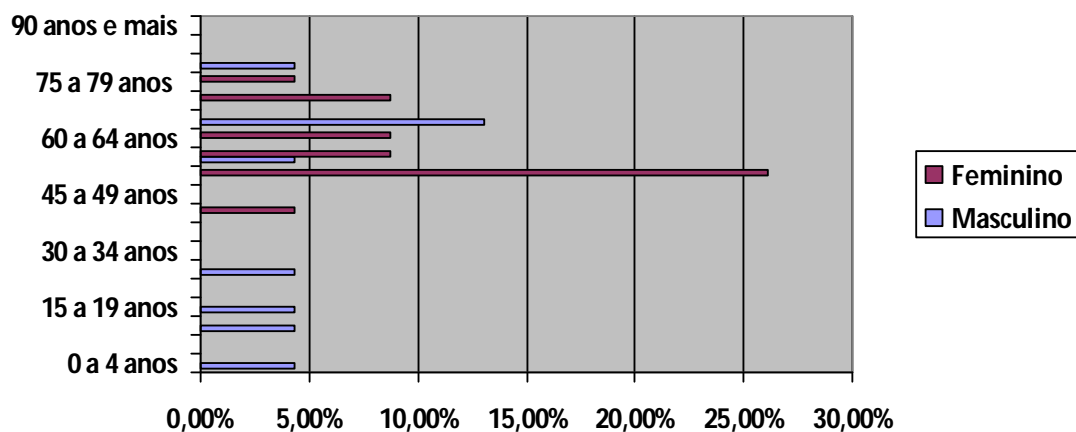


Figura 43– Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em São João da Bela Vista

4.2.21 São José

São José (Figura 44) recebeu 3,17% das consultas realizadas no município, totalizando 96 atendimentos médicos prestados.

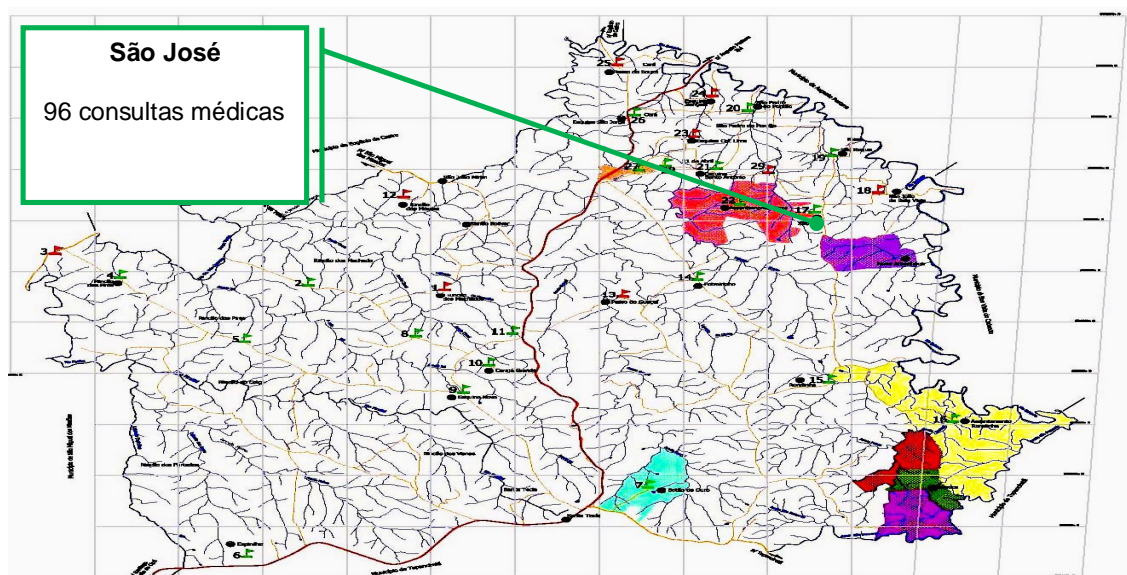


Figura 44 – Mapa municipal: localidade de São Jose

As consultas foram destinadas em sua maioria 66,67% para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 33,33% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de são Jose

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	3	3,13%	10	10,42%	13	13,55%
5 a 9 anos	1	1,04%	2	2,08%	3	3,13%
10 a 14 anos	2	2,08%	2	2,08%	4	4,17%
15 a 19 anos	2	2,08%	6	6,25%	8	8,33%
20 a 24 anos	3	3,13%	1	1,04%	4	4,17%
25 a 29 anos	8	8,33%	1	1,04%	9	9,37%
30 a 34 anos	2	2,08%	0	0,00%	2	2,08%
35 a 39 anos	1	1,04%	3	3,13%	3	3,13%
40 a 44 anos	8	8,33%	1	1,04%	9	9,37%
45 a 49 anos	2	2,08%	1	1,04%	3	3,13%
50 a 54 anos	4	4,17%	1	1,04%	5	5,21%
55 a 59 anos	3	3,13%	0	0,00%	3	3,13%
60 a 64 anos	4	4,17%	0	0,00%	4	4,17%
65 a 69 anos	6	6,25%	1	1,04%	7	7,29%
70 a 74 anos	4	4,17%	2	2,08%	6	6,25%
75 a 79 anos	7	7,29%	1	1,04%	8	8,33%
80 a 84 anos	2	2,08%	0	0,00%	2	2,08%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	2	2,08%	0	0,00%	2	2,08%
Total	64	66,67%	32	33,33%	96	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, as faixas etárias mais atendidas foram as de 25 a 29 e 40 a 44 anos, com 8,33%. Já a que menos recebeu consultas foi a de 85 a 89 anos com 0% de consultas.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 anos, com 10,42%. Sendo que seis faixas etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 45).

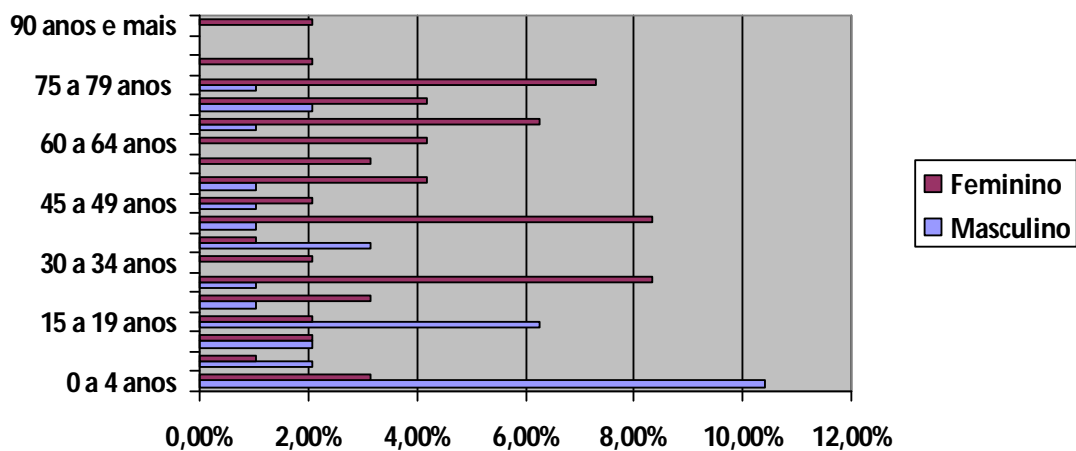


Figura 45 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em São José

4.2.22 São Pedro

A Localidade de São Pedro (Figura 46) recebeu 1,52% das consultas realizadas no município, totalizando 46 atendimentos médicos prestados.

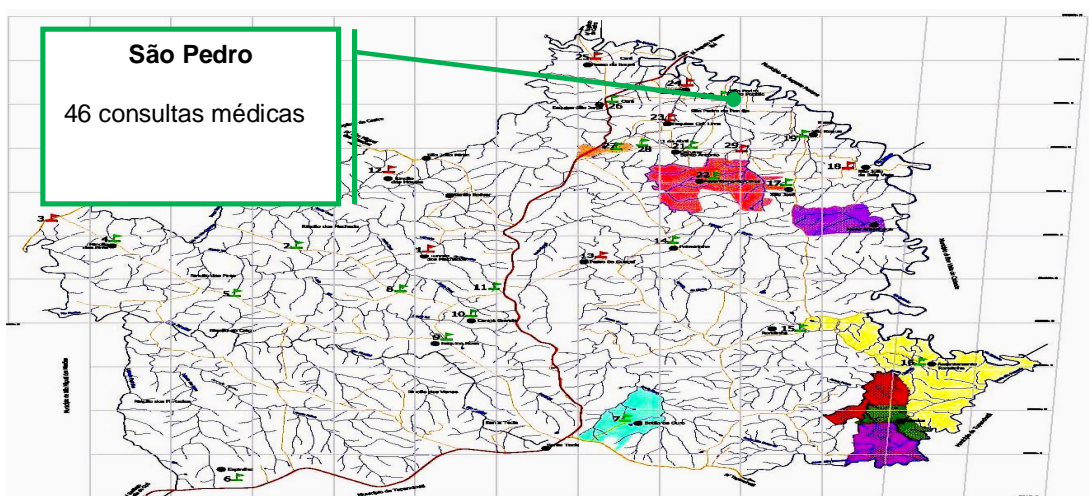


Figura 46 – Mapa municipal: localidade de São Pedro

As consultas foram destinadas em sua maioria 58,70% para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 41,30% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de São Pedro

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	2	4,35%	7	15,22%	9	19,57%
5 a 9 anos	2	4,35%	1	2,17%	3	6,52%
10 a 14 anos	0	0,00%	1	2,17%	1	2,17%
15 a 19 anos	1	2,17%	0	0,00%	1	2,17%
20 a 24 anos	0	0,00%	1	2,17%	1	2,17%
25 a 29 anos	3	6,52%	0	0,00%	3	6,52%
30 a 34 anos	1	2,17%	0	0,00%	1	2,17%
35 a 39 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
40 a 44 anos	1	2,17%	2	4,35%	3	6,52%
45 a 49 anos	1	2,17%	1	2,17%	2	4,35%
50 a 54 anos	0	0,00%	2	4,35%	2	4,35%
55 a 59 anos	6	13,04%	0	0,00%	6	13,04%
60 a 64 anos	0	0,00%	1	2,17%	1	2,17%
65 a 69 anos	9	19,57%	1	2,17%	10	21,74%
70 a 74 anos	1	2,17%	0	0,00%	1	2,17%
75 a 79 anos	0	0,00%	2	4,35%	2	4,35%
80 a 84 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	27	58,70%	19	41,30%	46	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 65 a 69 anos, com 19,57%. Já nas que menos receberam consultas nove faixas etárias receberam 0% de consultas.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 anos, com 15,22%. Sendo que nove faixas etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 47).

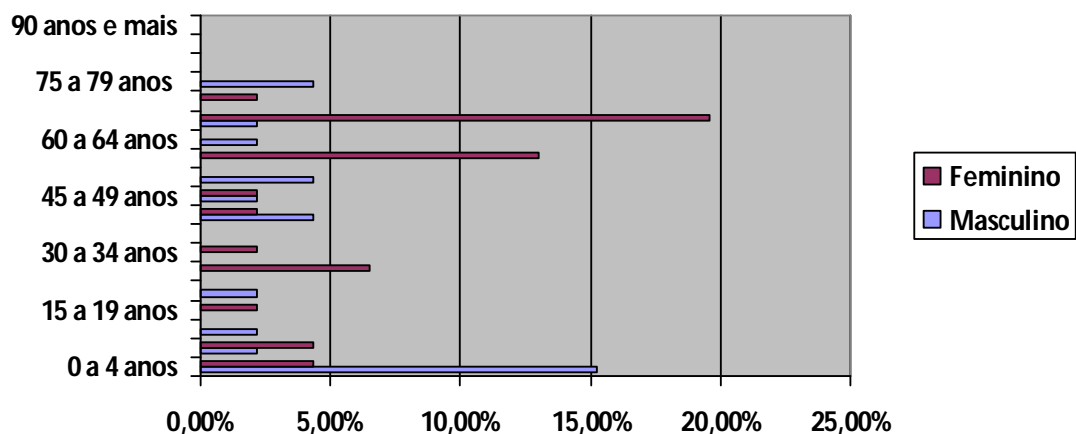


Figura 47 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em São Pedro

4.2.23 São Roque

São Roque (Figura 48) recebeu 1,62% das consultas realizadas no município, totalizando 49 atendimentos médicos prestados.

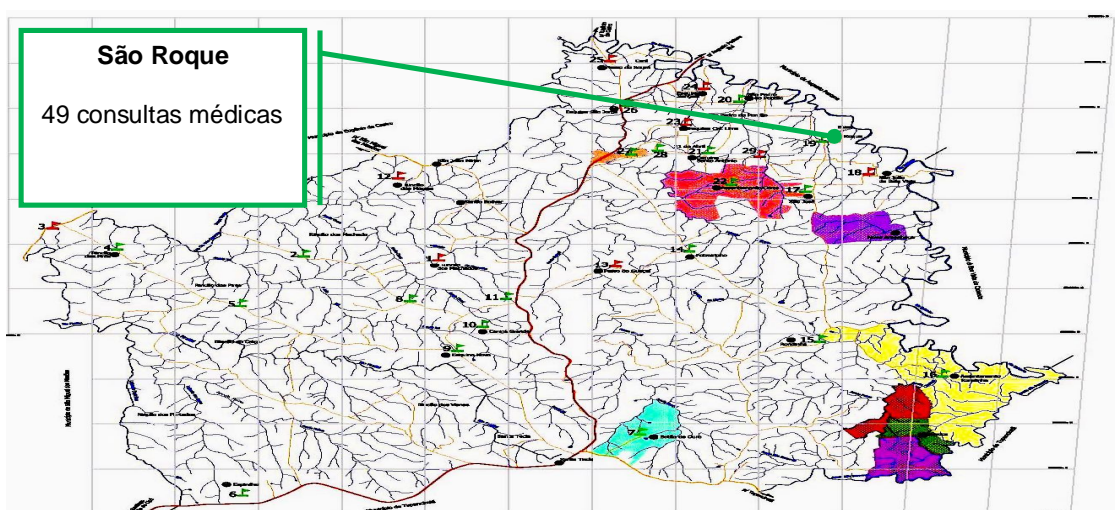


Figura 48 – Mapa municipal: localidade de São Roque

As consultas foram destinadas em sua maioria 75,51% para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 24,49% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de São Roque

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	7	14,29%	1	2,04%	8	16,33%
5 a 9 anos	2	4,08%	0	0,00%	2	4,08%
10 a 14 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
15 a 19 anos	2	4,08%	1	2,04%	3	6,12%
20 a 24 anos	0	0,00%	2	4,08%	2	4,08%
25 a 29 anos	3	6,12%	0	6,12%	3	6,12%
30 a 34 anos	2	4,08%	1	2,04%	3	6,12%
35 a 39 anos	0	0,00%	2	4,08%	2	4,08%
40 a 44 anos	2	8,16%	0	0,00%	2	4,08%
45 a 49 anos	3	6,12%	0	0,00%	3	6,12%
50 a 54 anos	4	8,16%	1	2,04%	5	10,20%
55 a 59 anos	1	2,04%	2	4,08%	3	6,12%
60 a 64 anos	5	10,20%	0	0,00%	5	10,20%
65 a 69 anos	0	0,00%	1	2,04%	1	2,04%
70 a 74 anos	4	8,16%	0	0,00%	4	8,16%
75 a 79 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
80 a 84 anos	2	8,16%	0	0,00%	2	4,08%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	1	2,04%	1	2,04%
Total	37	75,51%	12	24,49%	49	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 0 a 4 anos, com 14,29%. Já nas que menos receberam consultas, sete faixas etárias receberam 0% de consultas.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 25 a 29 anos, com 6,12%. Sendo que nove faixa etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 49).

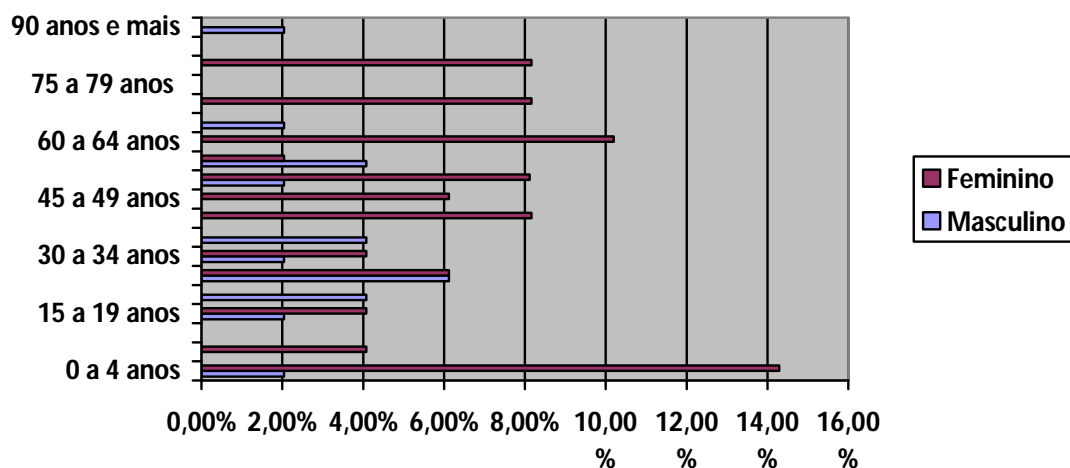


Figura 49 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em São Roque

4.2.24 São João Mirim

A Localidade de São João Mirim (Figura 50) recebeu 3,34% das consultas realizadas no município, totalizando 101 atendimentos médicos prestados.

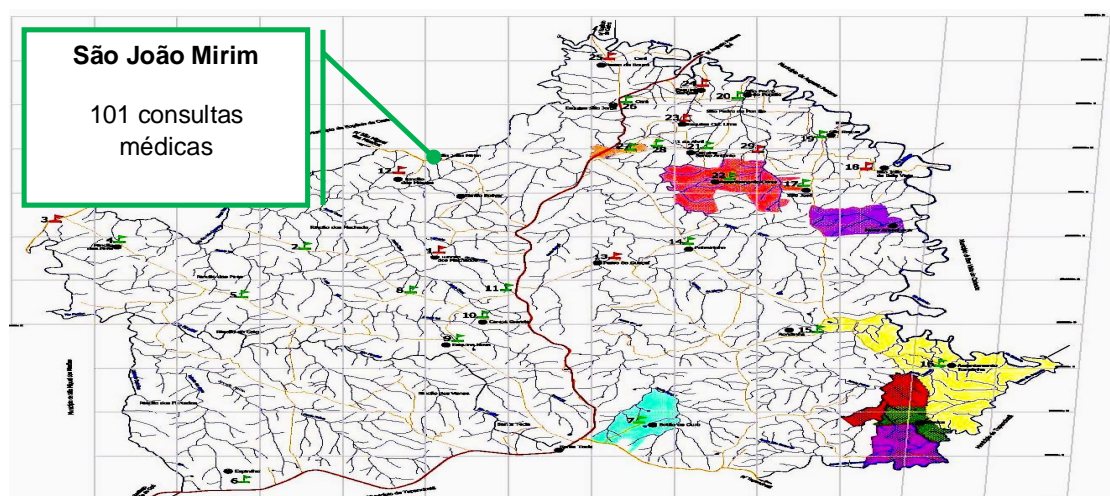


Figura 50 – Mapa municipal: localidade de São João Mirim

As consultas foram destinadas em sua maioria 57,43% para indivíduos do sexo feminino Já os indivíduos do sexo masculino receberam 42,57% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 26).

Tabela 26 – Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade São João Mirim

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	9	8,91%	16	15,84%	25	24,75%
5 a 9 anos	0	0,00%	2	1,98%	2	1,98%
10 a 14 anos	4	3,96%	4	3,96%	8	7,92%
15 a 19 anos	1	0,99%	1	0,99%	2	1,98%
20 a 24 anos	0	0,00%	3	2,97%	3	2,97%
25 a 29 anos	5	4,95%	3	2,97%	8	7,92%
30 a 34 anos	7	6,93%	0	0,00%	7	6,93%
35 a 39 anos	4	3,96%	1	0,99%	5	4,95%
40 a 44 anos	3	2,97%	0	0,00%	3	2,97%
45 a 49 anos	3	2,97%	0	0,00%	3	2,97%
50 a 54 anos	6	5,94%	0	0,00%	6	5,94%
55 a 59 anos	6	5,94%	3	2,97%	6	5,94%
60 a 64 anos	6	5,94%	4	3,96%	10	8,91%
65 a 69 anos	3	2,97%	0	0,00%	3	2,97%
70 a 74 anos	0	0,00%	2	1,98%	2	1,98%
75 a 79 anos	0	0,00%	3	2,97%	3	2,97%
80 a 84 anos	1	0,99%	1	0,99%	2	1,98%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	58	57,43%	43	42,57%	101	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 0 a 4 anos, com 8,91%. Já nas que menos receberam consultas 6 faixas etárias receberam 0% de consultas.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 anos, com 15,84%. Sendo que 7 faixa etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 51).

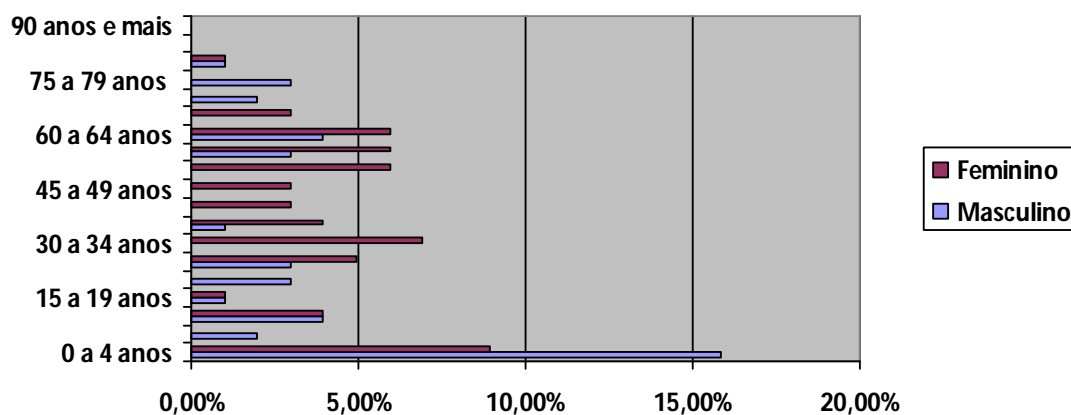


Figura 51 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em São João Mirim

4.2.25 Simão Bolívar

Simão Bolívar (Figura 52) recebeu 1,65% das consultas realizadas no município, totalizando 50 atendimentos médicos prestados.

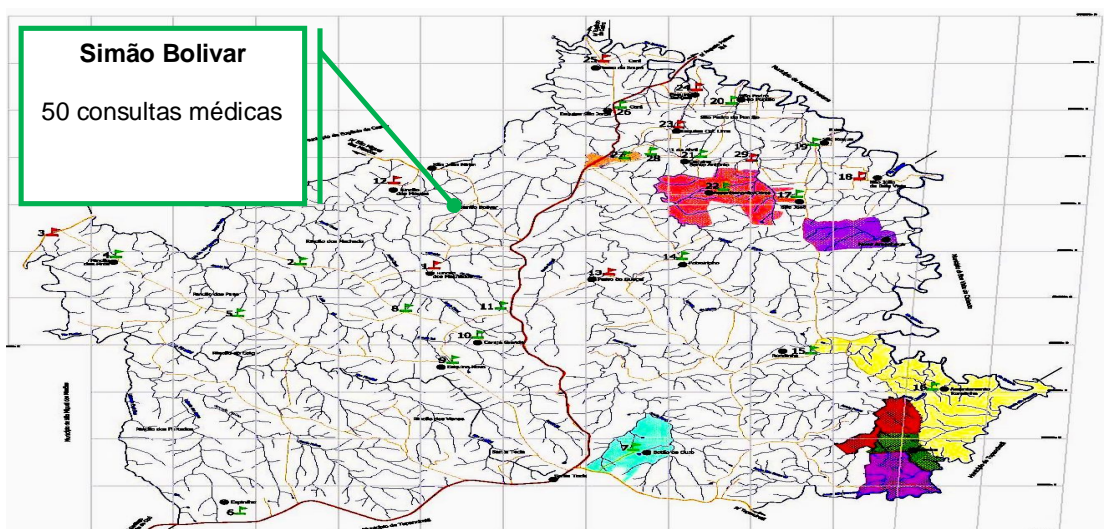


Figura 52 – Mapa municipal: localidade de Simão Bolívar

Das 50 consultas realizadas, 50,00% foram destinadas para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 50,00% do atendimento (Tabela 27).

Tabela 27 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de Simão Bolívar

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	1	2,00%	7	14,00%	8	16,00%
5 a 9 anos	0	0,00%	3	6,00%	3	6,00%
10 a 14 anos	1	2,00%	0	0,00%	1	2,00%
15 a 19 anos	2	4,00%	1	2,00%	3	6,00%
20 a 24 anos	3	6,00%	1	2,00%	4	8,00%
25 a 29 anos	4	8,00%	3	6,00%	7	14,00%
30 a 34 anos	2	4,00%	0	0,00%	2	4,00%
35 a 39 anos	1	2,00%	0	0,00%	1	2,00%
40 a 44 anos	3	6,00%	4	8,00%	7	14,00%
45 a 49 anos	2	4,00%	0	0,00%	2	4,00%
50 a 54 anos	2	4,00%	0	0,00%	2	4,00%
55 a 59 anos	2	4,00%	6	12,00%	8	16,00%
60 a 64 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
65 a 69 anos	2	4,00%	0	0,00%	2	4,00%
70 a 74 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
75 a 79 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
80 a 84 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	25	50,00%	25	50,00%	50	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 25 a 29 anos, com 8,00%. Já nas que menos receberam consultas sete faixas etárias receberam 0% de consultas.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 anos, com 14,00%. Sendo que 12 faixas etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 53).

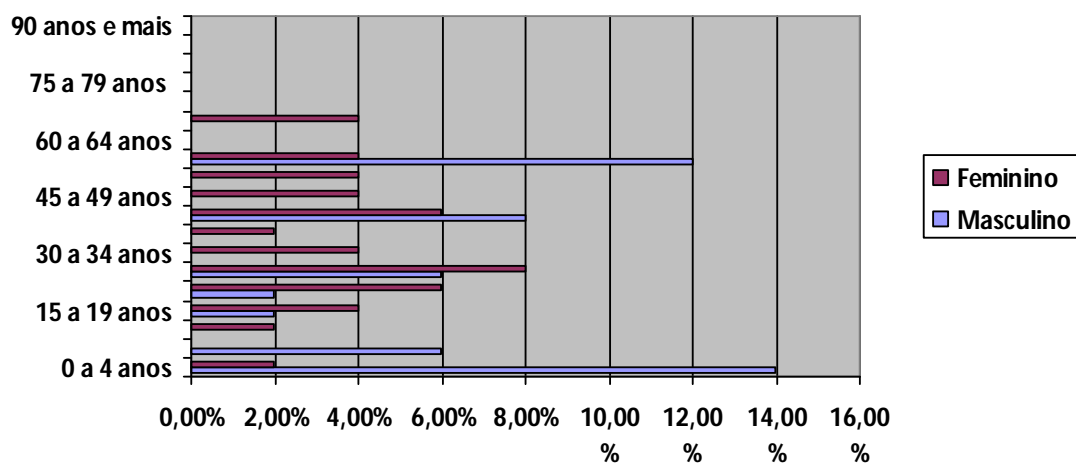


Figura 53 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Simão Bolívar

4.2.26 Tarumã

Tarumã (Figura 54) recebeu 2,11% das consultas realizadas no município, totalizando 105 atendimentos médicos prestados.

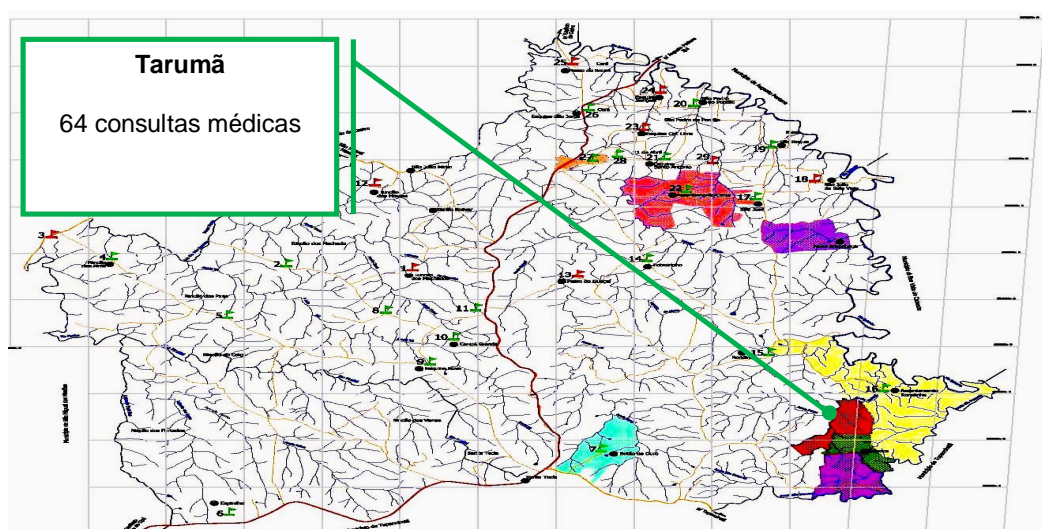


Figura 54 – Mapa municipal: localidade de Tarumã

As consultas foram destinadas em sua maioria 57,81% para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 42,19% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 28).

Tabela 28 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade do Tarumã

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	8	12,50%	5	7,81%	13	20,31%
5 a 9 anos	7	10,94%	4	6,25%	11	17,19%
10 a 14 anos	3	4,69%	3	4,69%	6	9,38%
15 a 19 anos	3	4,69%	0	0,00%	3	4,69%
20 a 24 anos	3	4,69%	1	1,56%	4	6,25%
25 a 29 anos	2	3,13%	2	3,13%	4	6,25%
30 a 34 anos	1	1,56%	0	0,00%	1	1,56%
35 a 39 anos	1	1,56%	2	3,13%	3	4,69%
40 a 44 anos	0	0,00%	1	1,56%	1	1,56%
45 a 49 anos	3	4,69%	1	1,56%	4	6,25%
50 a 54 anos	0	0,00%	1	1,56%	1	1,56%
55 a 59 anos	5	7,81%	1	1,56%	6	9,38%
60 a 64 anos	1	1,56%	2	3,13%	3	4,69%
65 a 69 anos	0	0,00%	3	4,69%	3	4,69%
70 a 74 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
75 a 79 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
80 a 84 anos	0	0,00%	1	1,56%	0	1,56%
85 a 89 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	37	57,81%	27	42,19%	64	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 0 a 4 anos, com 12,50%. Já nas que menos receberam consultas oito faixas etárias receberam 0% de consultas.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 anos, com 7,81%. Sendo que seis faixas etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 55).

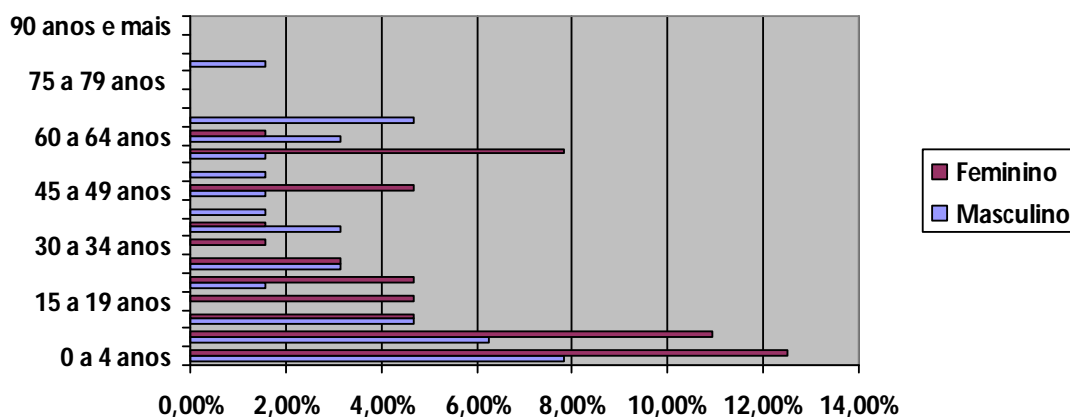


Figura 55 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Taramã

4.2.27 Trinta e Um de Maio

Trinta e Um de Maio (Figura 56) recebeu 2,68% das consultas realizadas no município, totalizando 81 atendimentos médicos prestados.

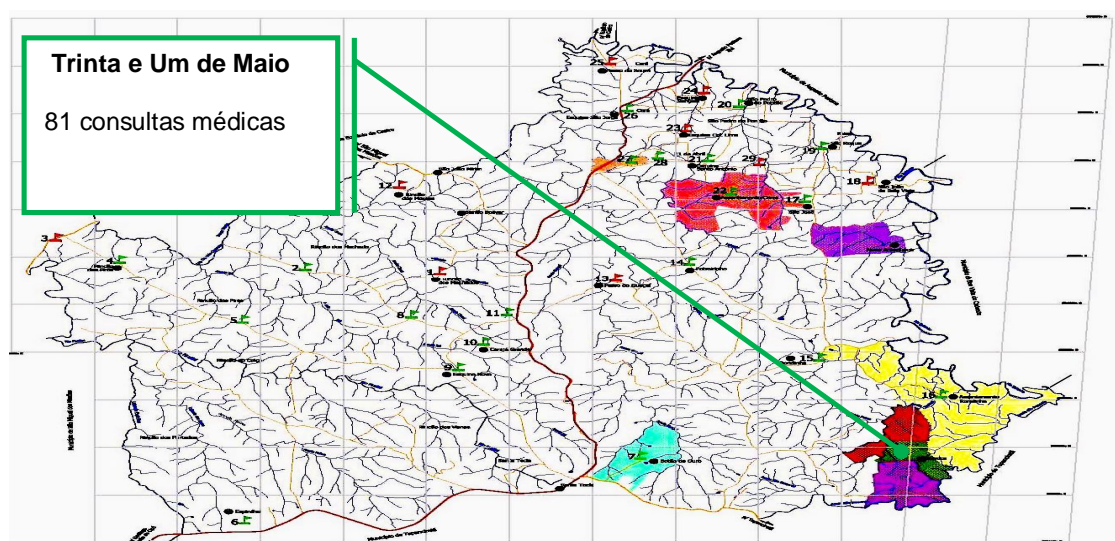


Figura 56 – Mapa municipal: localidade de Trinta e Um de Maio

As consultas foram destinadas em sua maioria 56,79% para indivíduos do sexo feminino. Já os indivíduos do sexo masculino receberam 43,21% das consultas realizadas em indivíduos desta localidade (Tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição das consultas conforme faixa etária e sexo da população na localidade de Trinta e Um de Maio

Faixa etária	Feminino		Masculino		Qtd Total	%Total
	Qtd	%	Qtd	%		
0 a 4 anos	1	1,23%	12	14,81%	13	16,04%
5 a 9 anos	3	3,70%	4	4,94%	7	8,64%
10 a 14 anos	0	0,00%	6	7,41%	6	7,41%
15 a 19 anos	3	3,70%	0	0,00%	3	3,70%
20 a 24 anos	3	3,70%	0	0,00%	3	3,70%
25 a 29 anos	3	3,70%	1	1,23%	4	4,94%
30 a 34 anos	6	7,41%	2	2,47%	8	9,88%
35 a 39 anos	9	11,11%	0	0,00%	9	11,11%
40 a 44 anos	5	6,17%	1	1,23%	6	7,41%
45 a 49 anos	3	3,70%	1	1,23%	4	4,94%
50 a 54 anos	0	0,00%	3	3,70%	3	3,70%
55 a 59 anos	1	1,23%	4	4,94%	5	6,17%
60 a 64 anos	1	1,23%	0	8,33%	1	1,23%
65 a 69 anos	3	3,70%	0	0,00%	3	3,70%
70 a 74 anos	2	2,47%	1	1,23%	3	3,70%
75 a 79 anos	2	2,47%	0	0,00%	2	2,47%
80 a 84 anos	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
85 a 89 anos	1	1,23%	0	0,00%	1	1,23%
90 anos e mais	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	46	56,79%	35	43,21%	81	100%

Para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais atendida foi a de 35 a 39 anos, com 11,11%. Já nas que menos receberam consultas quatro faixas etárias receberam 0% de consultas.

Para os indivíduos do sexo masculino, a faixa etária que mais recebeu consultas foi a de 0 a 4 anos, com 14,81%. Sendo que oito faixas etárias tiveram 0% de consultas destinadas (Figura 55).

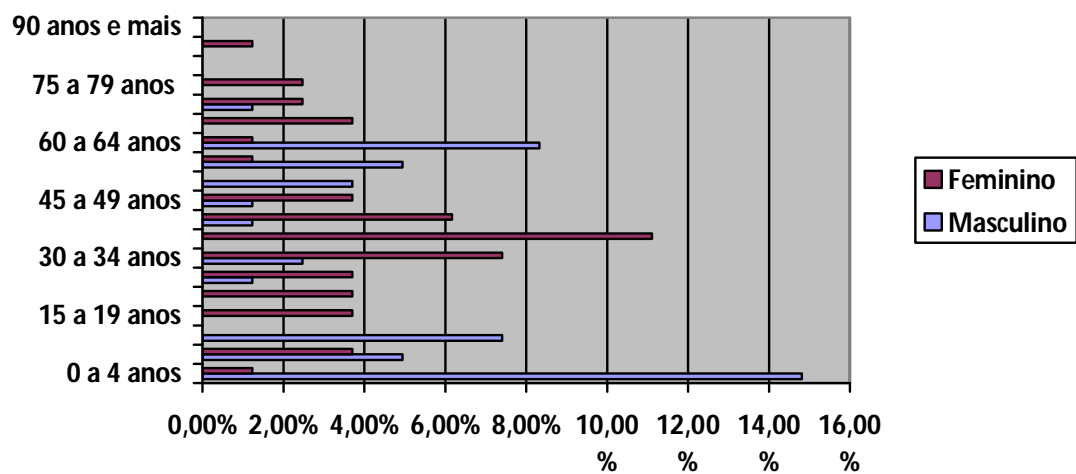


Figura 57 – Gráfico: distribuição das consultas médicas por faixa etária e sexo em Trinta e Um de Maio

5.DISSCUSSÃO

Ao finalizar este estudo pode-se concluir que os arquivos médicos tem em sua guarda registros importantes, e podem servir como fontes de informações valiosas para as instituições, que com base nelas podem realizar melhorias na qualidade dos serviços oferecidos. Porém, o arquivo médico não serve somente à administração a qual está ligado, mas sim a todos aqueles que estão ligados direta ou indiretamente as informações sob sua custódia. Essa ligação fica bem evidente no caso dos arquivos de instituições públicas, onde o arquivo contém o registro de todas as atividades realizadas por essa instituição, e com o crescimento da participação popular, tornou-se o principal responsável pela comunicação entre a instituição e o cidadão. Portanto, o acesso as informações arquivísticas passou a ser um serviço imprescindível a qualquer instituição pública que presta serviços na área da saúde.

Em relação aos resultados da pesquisa, podemos inferir que houve neste período uma predominância nos atendimentos médicos destinados aos indivíduos do sexo feminino, com 64% dos atendimentos realizados no município, enquanto que os do sexo masculino ficaram com apenas 36% das consultas realizadas. Essa destinação maior das consultas médicas para as mulheres ocorre porque a utilização dos serviços de saúde é significativamente maior em mulheres, pelo fato de que as mulheres consultam mais os médicos, devido a fatores ginecológicos e obstétricos. Além disso, as mulheres percebem mais facilmente os riscos à saúde do que os homens, visto que, possuem mais acesso as informações em saúde.(FERNANDES, BERTOLDI, BARROS, 2009).

Quando analisado os indivíduos de ambos os sexos, em relação ao grupo de idades, de 0 a 19 anos(jovens), de 20 a 50 anos(adultos) e de 50 anos e mais(Idosos), nota-se um equilíbrio na destinação dos atendimentos, pois ambos os grupos de idades receberam em torno de 30% das consultas realizadas. Este equilíbrio está ligado ao perfil do usuário dos serviços de saúde do município: ser mulher, idoso, criança. A mulher pelos fatores vistos anteriormente, acaba contribuindo para o aumento da procura por atendimento na faixa etária dos 20 aos 50 anos. Já o idoso por questões ligadas a piora na saúde, aumenta a procura por atendimento dos indivíduos com 50 anos ou mais e, a criança no inicio da vida

contribui para a porcentagem de atendimentos realizados em indivíduos de 0 a 19 anos, já que requerem acompanhamento contínuo em puericultura. Outro fator que determina essa realidade, é que são desenvolvidos mais programas de saúde destinados as mulheres, crianças e aos idosos.(FERNANDES, BERTOLDI, BARROS, 2009).

As características das consultas médicas prestadas e distribuídas de acordo com a localidade de residência do paciente permite que sejam analisadas especificamente a cobertura dos serviços médicos oferecidos pelo município. As regiões norte e nordeste do município, onde está localizada a sede do município recebeu a maioria das consultas médicas oferecidas, pois, concentra a maioria da população do município. As regiões Sul e Sudeste, também receberam significativo número de consultas, tendo em vista que as localidades destas regiões apresentam significativa concentração da população do município. Já as regiões Oeste e Sudoeste, possuem baixa concentração de população do município, sendo basicamente região de campos, com grandes latifúndios, e portanto as localidades destas regiões receberam menos consultas.

Sendo realmente imprescindível destacar um programa que segundo Sisson (2007 apud FERNANDES, BERTOLDI, BARROS, 2009), vem contribuindo para a equidade, princípio do SUS, que visa minimizar a desigualdade no atendimento da população, o Programa de Saúde da Família, que ao levar o médico até a localidade do paciente aproxima o cidadão do serviço oferecido pelos municípios. Este programa também foi implantado pelo município e ajudou a levar atendimento a todas as localidades do interior do município.

A equidade em saúde é considerada a superação das desigualdades injustas em determinado serviço prestado aos cidadãos , sendo que as ações dos gestores públicos devem buscar sanar necessidades diferenciadas, desenvolvendo ações específicas. Portanto, cabe aos governantes buscarem informações sobre seus serviços prestados, se estão atendendo a todos de forma equilibrada ou se há falhas que precisam serem corrigidas. Os registros médicos são fontes valiosas de informações sobre os serviços prestados por qualquer instituição, conseqüentemente, devem ser melhor preservados.

CONCLUSÃO

Em vista disso, pode-se concluir que os objetivos propostos foram alcançados, pois a realização da pesquisa permitiu um estudo aprofundado sobre arquivos médicos e sua relação com as instituições públicas, mais precisamente sobre a relação com o cidadão. Foi possível descrever os 3026 atendimentos médicos prestados no município no segundo semestre de 2010, de acordo com sexo e faixa etária dos pacientes. Essa descrição foi possível em nível municipal e também por localidade de residência dos assistidos pelos serviços médicos.

Assim, a pesquisa servirá para mostrar a distribuição dos atendimentos pelo município, o que certamente permitirá uma base para um melhor planejamento de políticas públicas em saúde, tendo como principal sentido a transparência nos serviços públicos, maior participação popular e principalmente uma melhoria dos serviços disponibilizados pelo município na área de saúde. Portanto, estudos desta natureza devem continuar sendo feitos para otimização dos gastos em prevenção à doenças no município.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. O. **Estudo de viabilidade para a criação do sistema de arquivos municipais(Santa Catarina-Brasil)**. 2007.53p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Biblioteconomia)-Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.

ASSOCIAÇÃO DOS ARQUIVISTAS BRASILEIROS. **Arquivologia: textos e legislação**. Rio de Janeiro, 1979. p.52.

ASSOCIAÇÃO DOS ARQUIVISTAS BRASILEIROS. Dicionário de Terminologia Arquivística. Coordenação Ana Maria de Almeida Camargo e Heloísa Liberalli Bellotto. São Paulo: Secretaria de Estado da Cultura, 1996.

ARQUIVO NACIONAL. Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística. Coordenação Sílvia Ninita de Moura Estevão . São Paulo: Arquivo Nacional, 2005.

BUTTI, I. M. A arma da informação. Disponível em: <<http://www.listas.ufba.br>> Acessado em: 11 jul.2004.

BELLOTTO, Heloísa Liberalli. *Arquivística: objetos, princípios e rumos*. São Paulo: Associação de Arquivistas de São Paulo, 2002.

BELLOTTO, Heloísa Liberalli. **Arquivos Permanentes: tratamento documental**. 2ª edição Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRASIL. Código civil. **Presidência da república Casa Civil**, Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-1/codigos->> Acesso em: 2 de set. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: **Presidência da república Casa civil**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Cons> Acesso em: 20 de junho de 2011.

BRASIL. Lei nº8159, de 8 de janeiro de 1991. Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados e dá outras providências. **Presidência da república Casa civil**, Brasília, DF, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8159.htm> Acesso em: 15 de ago. 2011.

BRASIL. Lei Federal nº 7.232 de 29 de outubro de 1984. . **Presidência da republica Casa civil**, Brasília, DF, 1984. Define os princípios, objetivos e diretrizes da Política Nacional de Informática, seus fins e mecanismos de formulação. Brasília, 29 out. 1984. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%207.232-1984?OpenDocument> Acesso em: 05 de set. 2011.

BRASIL. Projeto Lei n. 4.906 de 21 de junho de 2001. **Câmara dos Deputados**. Estabelece o valor probante do documento eletrônico e da assinatura digital, regula a certificação digital, institui normas para as transações de comércio eletrônico e estabelece sanções administrativas e penais cabíveis. Brasília, DF, 2001. Disponível <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=29955>> Acesso em 13 de jun. 2011.

BUTTI, I. M. A arma da informação. Disponível em: <<http://www.listas.ufba.br>> Acessado em: 11 jul.2004.

CAMPAGNOLLI. P.R. **Sistema de arquivo medico e estatístico**: um estudo descritivo como referencia básica à implantação e a operacionalização. 2011.29p. Artigo Científico (Curso de Administração de Empresas Rural e Urbana)-Faculdade Interamericana de Porto Velho, Porto Velho.

CATÃO, A. L. Breves comentários acerca de sua natureza jurídica. **Jus Navigandi**, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/2606/o-servico-publico-no-direito-brasileiro>> Acesso em: 10 de julho de 2011.

COSTA, C.G.A. **Desenvolvimento e Avaliação Tecnológica de um Sistema de Prontuário Eletrônico do Paciente, Baseado nos Paradigmas da World Wide Web e da Engenharia de Software**. 2001.288 p. Dissertação de mestrado (Mestrado em Engenharia Biomédica)-Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA(Brasil). Resolução n. 1638, de 10 de junho de 2002.**Portal Médico**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm> Acesso em: 12 de jun. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS(Brasil). Portaria n. 50, de 9 de abril de 2001. Cria o grupo de trabalho sobre arquivos médicos. **CONARQ**, Rio de Janeiro, RJ, 9 abr. 2001. Disponível em: <<http://www.conarq.arquivonacional.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm>> Acesso em: 5 de mai. 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAUDE. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2007.

FERNANDES, L.C.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A.J.B. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela estratégia de saúde da família. In: Revista de Saúde Pública. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000400005> Acesso em: 15 ago. 2011.

FERREIRA, N. F. **Políticas de ação cultural e educativa em arquivos públicos: o caso Arquivo Público da Bahia**. 2008.52p.. Monografia (Curso de Arquivologia)-Universidade Federal da Bahia, Salvador.

FRANCISCO JUNIOR, G. O. et al. Validade do Prontuário Médico Eletrônico Como Prova Jurídica. 2011.6p. Artigo Científico (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

FREIXO, A. L. **Gestão de Arquivos na Administração Pública do Estado da Bahia**: da prática burocrática ao discurso gerencialista. 2007.169p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Informação)-Universidade Federal da Bahia, Salvador.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LOPES, Luís Carlos. A gestão da informação: as organizações, os arquivos e a informática aplicada; Rio de Janeiro: Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LOPES, Luiz Carlos. Os arquivos, a gestão da informação e a reforma do estado. In: Novo conteúdo. Disponível em: <www.camara.gov.br/internet/infdoc/novoconteudo/acervo/..//luiscarlos.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2010.

MARENGO, Lucia. A sociedade de informação e o mercado de trabalho. Transinformação, Campinas, v.8 p.112-143, / janeiro/ abril. 1996. Disponível em: <http://revistas.puc-campinas.edu.br/transinfo/login.php>. Acessado em: 26 de junho de 2006.

MAPA do município de Jóia: ordenamento físico territorial: localização dos assentamentos e das escolas inativas e ativas. Jóia: FIDENI/IPD, 2007. 1 mapa, color. , 45 cm. Escala 1:150000.

MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO NETO, R.S.(Ed.).O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento medico. São Paulo: DIM-FMUSP/NIEN-UNIFESP /OPAS, 2003.

MUNICÍPIO DE JÓIA. Lenda e Historia. Disponível em: <http://www.pmjoia.com.br/index.php/a-cidade/dados-gerais.html>>. Acesso em: 23 de setembro de 2011.

NÁYLOR, L. V. V. Arquivo médico. Arquivos e Administração, Rio de Janeiro, v.1 n.0, p. 4 – 5, out. 1972.

PAES, M.L. Arquivo teoria e pratica. 3ed. Fundação Getulio Vargas.1997.
OLIVEIRA, Daise Aparecida. **Gestão sistêmica de documentos e informações municipais: modernização da gestão pública**. São Jose dos Campos, SP. 2003.

RICHTER, Eneida Izabel Schirmer; NAGEL, Rolf. **Elementos de Arquivologia**. 1ª ed. Santa Maria e Bonn: UFSM, 1988.

RICHTER, Eneida Izabel Schirmer; GARCIA, Olga Maria Corrêa; PENNA, Elenita Freitas. **Introdução à Arquivologia**. 1ª ed. Santa Maria: UFSM, 1997.

RODRIGUES, A. M. L. A teoria dos arquivos e a gestão de documentos Perspect. ciênc. inf., Belo Horizonte, v.11 n.1, p. 102-117, jan./abr. 2006.

RIBEIRO, Fernanda. O perfil profissional do arquivista na sociedade da informação. In: **Cidade virtual**, 2006. Disponível em: < <http://www.cidadevirtual.pt/cpr/integr> > acessado em: 15set. 2006.

SOUSA, Renato Tarciso Barbosa de. O arquivista e as políticas públicas de arquivo. In: **Repositório**, Brasília,2006.Disponível em:
<repositorio.bce.unb.br/.../EVENTO_ArquivistaPoliticaPublicaArquivo.pdf> Acesso em:18 mar.

VIVANCO,C.R.; MARIN, H.F. RES-PEP-PPS: Evolução e o novo paradigma sobre a responsabilidade na gestão da saúde do cidadão. São Paulo: UNIFESP. Disponível em: em. <www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/1040.doc> **Acessado em: 15 set. 2011.**

ANEXOS

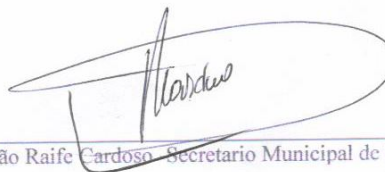
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Ilmo. Sr.
Responsável
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Jóia
Jóia- RS.

Abaixo assinado, autorizo **LUIZ OTAVIO DA SILVA CONCORDIAS**, aluno do Programa de Pós-graduação a Distancia Especialização Lato-Sensu Gestão em Arquivos , da Universidade federal de Santa Maria, a utilizar na sua pesquisa, as informações levantadas nos documentos do arquivo desta secretaria e que dizem respeito aos serviços médicos prestados aos pacientes deste município. Minha concordância justifica-se por compreender que haverá um cuidado por parte do pesquisador para não ferir a ética, tendo a devida cautela para que a divulgação de informações levantadas não comprometam a integridade desta secretaria, contribuindo apenas para o avanço de estudos na temática objeto do estudo especificamente.

Estou esclarecido que posso a qualquer momento, se assim entender, interromper a pesquisa nesta secretaria sem que exista qualquer tipo de prejuízo a este órgão.

Jóia - RS, 21 de fevereiro de 2011.



Sebastião Raife Cardoso - Secretário Municipal de Saúde