

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO ATENDIDA PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ALFENAS - MG

Health diagnosis of a population served by the family health program in Alfenas - MG, Brazil

Simone Albino da Silva¹, Nilcilene Oliveira²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer a realidade socioassistencial e a morbimortalidade da população adstrita a uma Equipe de Saúde da Família no município de Alfenas - MG. Trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo, de caráter quantitativo. A coleta de dados foi feita no consolidado anual da ficha A e no relatório SSA2 do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), compilado em formulário elaborado pelos autores. O intervalo de tempo pesquisado foi de janeiro a dezembro de 2007. O consolidado anual da ficha A e relatório SSA2 foram distribuídos em tabelas utilizando o programa Excel do Microsoft Office. Verificou-se que, na área adstrita, são 3490 pessoas cadastradas, habitando 964 residências. As condições de infra-estrutura e saneamento básico não são os maiores agravantes desta população. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a porta de entrada exclusiva aos serviços de saúde da grande maioria da população. Os principais determinantes com impacto desfavorável são o número elevado de gravidez na adolescência, o de desnutrição na faixa etária de 0 - 11 meses e 29 dias, o de amamentação mista e o aumento progressivo do número de portadores de diabetes e hipertensão cadastrados. No item hospitalização, assim como no de mortalidade, os maiores números encontrados foram de causas inespecíficas, o que impossibilita realizar o diagnóstico de morbimortalidade. Não houve óbitos em menores de um ano, embora a taxa de desnutrição seja alta. Conclui-se que o SIAB oferece subsídios para conhecer a situação da população adstrita e avaliar as atividades desenvolvidas. Ele é um instrumento orientador do trabalho da equipe e deve ser utilizado para que se atinjam os objetivos propostos.

PALAVRAS CHAVE: Sistemas de Informação; Saúde da Família; Sistema Único de Saúde; Perfil de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the social and health status, along with morbidity and mortality patterns, of the population assigned to a Family Health Team in Alfenas - MG, Brazil. This was a cross-sectional, exploratory, descriptive, quantitative survey. Data collection was made in the consolidated annual report SSA2, sheet A, and the Primary Care Information System (Sistema de Informação em Atenção Básica - SIAB), compiled on a form prepared by the authors. The investigation covered the period from January to December 2007. The Microsoft Office Excel program was used for production of the tables. 3,490 people were found to be occupying 964 households. Infrastructure conditions and basic sanitation are not the main threats to this population. Most people depend on the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) as the only gateway to health care. The main factors negatively impacting health status were: high rates of adolescent pregnancy, malnutrition between the ages of 0 and 11 months and 29 days, mixed breast/bottle-feeding and the progressive increase in the rates of diabetes and hypertension. Because most cases of hospitalization and death were attributed to non-specific causes, morbidity and mortality diagnoses could not be made. In spite of the high malnutrition rate, there was no death in the population under 1 year of age. SIAB offers subsidies to know the situation of the assigned population and evaluate the activities developed. As an instrument for the work of the health team, it should be used so that the proposed objectives can be reached.

KEY WORDS: Systems of Information; Family Health; Unique system of Health; Health Profile.

¹ Simone Albino da Silva, professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas nas disciplinas de História da Enfermagem, Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Administração em Rede Básica dos Serviços de Saúde. E-mail: simonealbino76@hotmail.com

² Nilcilene Oliveira, enfermeira graduada pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas Nilcilene Oliveira, enfermeira graduada pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implementado no Brasil, em 1994, com o principal propósito de construir um novo modelo de atenção à saúde, focalizando a família e a comunidade, abordadas e compreendidas no meio em que estão inseridas. Teve como base o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciado em 1990, nos municípios do nordeste, os quais obtiveram respostas positivas ao adotá-lo.¹

O PSF realiza as suas ações de acordo com os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS).² Tem o compromisso de prestar assistência de qualidade e resolutiva à população adstrita, identificar os agravos e fatores de riscos que a população está exposta e intervir; realizar prevenção, promoção, reabilitação e manutenção da saúde.³

A Equipe de Saúde da Família (ESF) gera uma quantidade significativa de dados. Para gerenciar as informações obtidas diante da comunidade adstrita crescente, foi criado, em 1998, o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) a fim de consolidar os dados gerados pelas ESF.⁴

O SIAB é um sistema que fornece indicadores populacionais (morbidade, mortalidade e serviços) da área de abrangência de uma ESF. Dessa forma, é possível conhecer não só as condições de saúde da população adstrita, mas também os fatores determinantes do processo saúde-doença. Os dados coletados são de grande valor para realização do diagnóstico de saúde da população do território de abrangência, subsidiando planejamento e avaliação das ações de saúde.⁵

Os relatórios gerados por meio do SIAB demonstram a realidade da população adstrita; acompanha e avalia as ações e serviços prestados, readequando-os quando necessário; melhora a qualidade do serviço de saúde.⁴

No entanto, a utilização dos dados do SIAB para a realização do diagnóstico de saúde na área de abrangência não é a realidade local. Segundo Pereira et al.⁶, a ESF, muitas vezes, não utiliza os dados fornecidos para analisar seu desempenho e direcionar suas atividades. Para que o trabalho da equipe tenha resultados favoráveis, faz-se necessário o empenho na organização do processo de trabalho, utilizando o diagnóstico como base para o planejamento do mesmo.

O ato de planejar envolve um exercício da razão e da sensibilidade, que engloba atividades de maior ou menor complexidade no cotidiano de trabalho, e sob essa ótica, propicia a construção de planos para enfrentar situações atuais ou futuras.⁷

Um bom planejamento deve partir do conhecimento da situação. Esta fase é importante porque, se a situação que se delineia não representar realidade, a base de partida estará errada, e assim todas as ações traçadas poderão não ser verdadeiras para atingir a meta desejada. Conhecer a situação significa caracterizar o problema e descobrir as causas que produzem os resultados indesejáveis. As causas precisam ser pesquisadas porque é sobre elas que serão traçadas as ações para atingir a meta.⁸

No setor saúde, executar o planejamento, permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e pôr em prática com eficácia e eficiência as funções de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde com a meta de melhorar a qualidade de vida da população. Realizar o diagnóstico de saúde, no entanto, é uma etapa fundamental para planejar as ações de uma ESF, pois identifica, caracteriza e analisa uma situação com o propósito de desenhar um quadro de necessidades e soluções.⁹

Diante do exposto, este trabalho objetiva conhecer a realidade sócio-sanitária e de morbimortalidade da população adstrita a uma ESF do município de Alfenas - MG, por meio do diagnóstico de saúde, com base nos dados do SIAB, para determinar as prioridades relacionadas à saúde dessa população, subsidiando assim o planejamento de ações.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal¹⁰, exploratório¹¹ e descritivo¹².

O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da Família no município de Alfenas - MG por meio da ficha A e do relatório SSA2 do SIAB, referentes ao período de janeiro a dezembro de 2007. Estas fichas contemplam o cadastro, situação de vida e saúde, e o acompanhamento das famílias.⁴

Para realizar a coleta dos dados foi utilizado o consolidado da ficha A, relativo ao ano de 2007, fornecido pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Saúde e Meio Ambiente de Alfenas - MG, e elaborado um formulário para compilar os dados fornecidos pelo relatório SSA2.

O consolidado anual da ficha A foi distribuído em tabelas utilizando o programa *Excel* do *Microsoft Office*, assim como os dados dos relatórios SSA2, que são de consolidação mensal. Estes últimos foram separados em períodos trimestrais a partir do mês de janeiro de 2007.

O projeto de pesquisa foi registrado na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (Unifal-MG) e encaminhado ao Comitê de Ética e

Pesquisa da Unifal-MG, pelo qual foi aprovado. A seguir foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Saúde e Meio Ambiente de Alfenas - MG para a realização do mesmo, que foi concedida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população adstrita e cadastrada pela equipe totaliza 3490 pessoas, representando 4,87% da população do município de Alfenas que, segundo o IBGE¹³, possui 71.628 habitantes.

Nesta população, a porcentagem do sexo feminino (48,91%) se equipara ao masculino (51,09%). Evidencia-se o predomínio de adultos de 20-59 anos (54,2%), ligeiramente acima dos parâmetros nacionais nas áreas cobertas por Programas de Agentes Comunitários de Saúde / Programa de Saúde da Família (PACS/PSF) (51,96%).¹⁴ A segunda faixa etária de maior percentual é de adolescentes (10-19 anos) com 20,8%. De acordo com o Ministério da Saúde¹⁴ esse índice corresponde a 21,22% nas áreas cobertas por PACS/PSF. A seguir, vêm as crianças (0-9 anos) representando 18,2% da população, média que se equipara à nacional, que é de 17,47% (BRASIL, 2005). A faixa etária com menor representatividade na população da área adstrita é a de 60 anos e mais, que representa 6,8% da população, percentagem inferior à nacional, que representa 9,34% da população coberta por PACS/PSF.¹⁴

Na área de abrangência da equipe, existem 964 residências, das quais 100% recebem energia elétrica; 99,7% têm como tipo de habitação predominante a de tijolo/adobe; 99,8% recebem abastecimento de água pela rede pública; 99,7% possuem instalação sanitária ligada à rede de esgoto; 99,9% são atendidos por coleta pública de lixo. Todos os parâmetros são em níveis mais altos do que os nacionais¹⁵ e também da região Sudeste¹⁶.

Em relação ao tratamento domiciliar de água (filtração, fervura ou coloração) para o consumo, 17% das residências não utilizam nenhum tipo de tratamento, percentual muito superior ao do município de Alfenas - MG nas outras áreas cobertas por Saúde da Família, que é de 3,2%.⁶ É importante destacar que há domicílios consumindo altas doses de cloro, pois oito residências realizam cloração da água para consumo, sendo que a água da rede pública é tratada e clorada e apenas duas residências são desprovidas deste abastecimento de água.

O índice de alfabetização em maiores de 15 anos é de 91,9%, observa-se que é compatível com o nacional, que é de 90%.¹⁵ No entanto, é relevante questionar se essa população tem uma capacidade real de entendimento, ou são

analfabetos funcionais. Devido a esse dado inconclusivo, seria recomendado que o questionário do SIAB se referisse aos anos de estudo da população. Da população de 7-14 anos, 99,8% frequenta a escola, índice pouco superior ao nacional, que a proporção é de 97,6%.¹⁵

A maioria da população da área adstrita (91,78%) tem no SUS o único meio de acesso aos serviços de saúde, atestando, dessa forma, a necessidade de serviços públicos de qualidade. No município de Alfenas - MG, nas áreas cobertas por ESF, a dependência do SUS é de 94,1%.⁶ Estes indicadores são maiores que os nacionais, pois, no Brasil, 80,1%¹⁶ da população tem apenas o SUS como porta de entrada a serviços de saúde.

Um dos itens importantes da Ficha A é a morbidade referida. As tabelas 1 e 2 mostram os resultados desse item na população da área de abrangência estudada.

Tabela 1 - Morbidade referida na faixa etária de 0-14 anos no PSF Recreio Vale do Sol no ano 2007.

Morbidade referida	N	%
Deficiências não especificadas	7	0,7
Epilepsia	2	0,2
Diabetes <i>mellitus</i>	1	0,1
Ausência	984	99,0
Total	994	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Saúde e Meio Ambiente de Alfenas - MG, SIAB 2007

Tabela 2 - Morbidade referida em maiores 15 anos no PSF Recreio Vale do Sol no ano 2007.

Morbidade referida	N	%
Hipertensão arterial	360	14,4
Diabetes mellitus	99	4,0
Alcoolismo	77	3,1
Deficiências não especificadas	34	1,4
Epilepsia	21	0,8
Doença de Chagas	2	0,1
Tuberculose	0	0,0
Hanseníase	0	0,0
Malária	0	0,0
Ausência	1903	76,2
Total	2496	100,0

Fonte: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Saúde e Meio Ambiente de Alfenas - MG, SIAB 2007

De acordo com a Liga Brasileira de Epilepsia¹⁷, a incidência da epilepsia é variável nas diferentes regiões do mundo, sendo mais frequente em países em desenvolvimento em que a incidência é de aproximadamente 2%, enquanto nos países desenvolvidos, ela diminui para 1%.

O alcoolismo tem uma prevalência considerável, podendo ser responsabilizado por gerar agravantes sociais como a violência, acidentes e suicídios. Na revisão do estudo de Ramos e Woitowitz¹⁸, foi constatado que cerca de 90% da população adulta do ocidente consome bebida alcoólica e, entre eles, 10% fará o uso nocivo e outros 10% desenvolverá uma dependência.

As patologias epidemiologicamente centenárias, como a hanseníase e tuberculose não foram referidas, embora haja indivíduos portadores de hanseníase cadastrados pelo relatório SSA2. O fato desta morbidade não ser referida pode estar ligada ao preconceito e ao estigma que carrega.

A condição de gestação foi referida por 37 mulheres, sendo que 21% delas, oito gestantes, estão na faixa etária de 10-19 anos, conforme mostra a Tabela 3. O índice de gravidez na adolescência é elevado, embora exista, na ESF, a atenção à saúde do adolescente, com ações de orientações referentes à prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. O dado permite inferir que as ações têm uma baixa influência no comportamento dos adolescentes.

Tabela 3 - Gestantes cadastradas no PSF Recreio Vale do Sol no ano de 2007

Período	1º trimestre Média	2º trimestre Média	3º trimestre Média	4º trimestre Média
Cadastradas	21,0	16,3	26,0	35,0
Acompanhadas	21,0	16,0	26,0	35,0
C/ vacinas em dia	20,0	16,3	25,7	34,7
Pré-natal no 1º tri	19,0	16,3	23,7	30,3
< 20 anos cadastradas	7,0	4,0	4,3	6,3

Fonte: SIAB 2007

O número de gestações referidas é divergente do número de gestantes cadastradas. Pode-se inferir que esta divergência ocorra devido à ficha A não ser renovada mensalmente e ao próprio ciclo da gravidez, uma vez que o período estudado é superior ao período de uma gestação. Além disso, a gestação é condição normal do ciclo vital, não devendo ser abordada junto ao item “doença ou condição referida” da ficha A do SIAB.

No período analisado, nasceram 54 crianças, média mensal de 4,5. Todos os recém-nascidos (RN) foram pesados ao nascer. A percentagem de baixo peso ao nascer, nesta área (5,5%), é inferior ao índice encontrado nas áreas brasileiras (9,6%) cobertas por ESF.¹⁴ Este dado embasa a inferência de que o índice de RN com baixo peso ao nascer pode ser consequência da alta taxa de acompanhamento pré-natal das gestantes cadastradas no Sistema de Informação do Acompanhamento do Pré-natal (SISPRENATAL) na área adstrita.

Em relação ao aleitamento materno de crianças na faixa etária de 0 a 3 meses e 29 dias, o terceiro trimestre foi o período com a maior média, sendo 73% aleitamento exclusivo e 27% misto. Nas áreas brasileiras cobertas pela ESF, a proporção de aleitamento materno exclusivo é de 69,8%.¹⁴ No entanto, consideramos que o índice de amamentação mista é alto, neste período, já que a equipe realiza grupos de gestantes e assistência à puérpera com incentivo ao aleitamento materno exclusivo. Esse resultado suscita pesquisas futuras que elucidem as suas causas

O aleitamento materno é ideal para a criança, pois oferece proteção imunológica; tem a proporção equilibrada de nutrientes; protege contra doenças, como a diarreia grave, infecção respiratória baixa, otite média, bacteremia, infecções, entre outras. Além disso, oferece benefícios para a mãe, como diminuição do risco de câncer de mama e ovário, reduz a incidência de obesidade de longa duração induzida pela gravidez, aumenta a contratilidade uterina diminuindo as perdas sanguíneas no pós-parto.¹⁹

A predominância das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) em menores de dois anos foi maior nos dois primeiros trimestres do ano de 2007, com 10 e 11 casos respectivamente, enquanto que, no terceiro trimestre, ocorreram apenas três casos e, no quarto trimestre, o número foi zero. Considerando estas informações, não se pode afirmar uma influência sazonal na qual as baixas temperaturas e o clima seco do inverno/ primavera na cidade seja o principal fator causal, visto que no terceiro trimestre há uma brusca redução no número de casos.

Quanto à vacinação e pesagem de crianças menores de dois anos, os valores das variáveis são muito próximos, como exposto na Tabela 4. Pode-se ressaltar que o motivo da proximidade é que, no momento em que a mãe da criança a leva à Unidade de Saúde para vacinar, os profissionais utilizam o momento para a avaliação do crescimento e desenvolvimento (CD) em que se realiza a pesagem e medida antropométrica, ou que o momento da consulta pediátrica também seja utilizado para imunização.

Identificaram-se sete casos de desnutrição na faixa etária de 0 - 11 meses e 29 dias, que atinge 21,2% das crianças nesta faixa etária. Na faixa etária de 12 meses - 23 meses e 29 dias, também se encontraram sete casos de desnutrição. Nas áreas de cobertura de ESF no Brasil, a prevalência da desnutrição na faixa etária de 0 - 11 meses e 29 dias é de 3,5%¹⁴, índice muito inferior ao verificado na ESF (21,2%). No entanto, é importante ressaltar que, ao preencherem a ficha do SIAB, os funcionários desta ESF consideram desnutridas as crianças com baixo peso.

Tabela 4 - Vacinação e pesagem de crianças de 0 - 11 meses e 29 dias e de 12 meses - 23 meses e 29 dias do PSF Recreio Vale do Sol no ano 2007.

	Faixa etária	1º trimestre		2º trimestre		3º trimestre		4º trimestre	
		N	Média	N	Média	N	Média	N	Média
Vacinação	0-11meses e 29 dias	167	55,7	169	56,3	169	56,3	143	47,7
	12meses-23 meses e 29 dias	176	58,7	150	50	186	62	166	55,3
Pesagem	0-11meses e 29 dias	167	55,7	169	56,3	169	56,3	133	44,3
	12meses-23 meses e 29 dias	169	56,3	150	50	186	62	160	53,3

Fonte: SIAB 2007

Constataram-se sete casos de diarreia em crianças menores de dois anos, todos com utilização de Terapia de Reidratação Oral (TRO), nos dois primeiros trimestres de 2007. A TRO tende a reduzir o risco de desidratação e distúrbios metabólicos, além disso, tem-se mostrado uma das medidas mais eficazes na redução da morbimortalidade por diarreia.²⁰ Nas áreas nacionais cobertas por ESF a prevalência da diarreia é de 5,5%.¹⁴ Não é possível comparar esta informação com os dados verificados no local de estudo, pois não há dados disponíveis da população menor de dois anos.

Em relação aos portadores de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, houve um aumento progressivo dos cadastrados em cada trimestre, evidenciado na Tabela 5. Esses dados permitem inferir que há maior vigilância na população para o diagnóstico destas morbidades, coincidindo com a implantação do programa HIPERDIA na área. O índice de acompanhamento pela ESF aos portadores de diabetes, no Brasil, é de 91,2% enquanto que aos portadores de hipertensão arterial é de 90,2%¹⁴, sendo inferiores ao do local de estudo, onde o acompanhamento atinge quase 100% das pessoas acometidas.

Tabela 5 - Portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial cadastrados e acompanhados na área adstrita à ESF Recreio Vale do Sol, no município de Alfenas, no ano 2007

Período	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
	Média	Média	Média	Média
Diabetes				
Cadastrados	72,3	77,7	87	97
Acompanhados	71,3	77,7	86,3	97
Hipertensão				
Cadastrados	291	302	332,7	354,7
Acompanhados	281,3	300,7	332,7	350,7

Fonte: SIAB 2007

O número de portadores de diabetes mellitus no Brasil é cerca de seis milhões, a incidência é crescente, além de apresentar elevada morbimortalidade com diminuição da qualidade de vida. Considerando estes fatores, a prevenção do diabetes e de suas complicações é prioridade na saúde

pública. Na Atenção Básica ela pode ser realizada por meio da prevenção dos fatores de risco, identificação de pessoas com alto risco para diabetes e de casos não diagnosticados para tratamento, intensificação do controle de pacientes com o diagnóstico para prevenção de complicações agudas e crônicas.²¹

No Brasil, há aproximadamente 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, número crescente e com aparecimento em grupos etários mais jovens. Na maioria das vezes, a hipertensão arterial é assintomática, o que dificulta o diagnóstico e tratamento, acrescido da baixa adesão ao tratamento por parte do portador. Os fatores de risco devem ser adequadamente abordados e controlados, pois associados aos hábitos e estilo de vida, levam ao aumento contínuo da incidência e prevalência da hipertensão arterial sistêmica.²²

Verificou-se que não há indivíduos portadores de tuberculose cadastrados no local de estudo. No entanto, esse resultado não interfere nas ações de controle da tuberculose, na busca ativa de sintomáticos respiratórios e realização de exames. No Brasil, a taxa de incidência de tuberculose, segundo Organização Pan-Americana da Saúde¹⁶, é de 43,8/100 mil habitantes.

Em relação à hanseníase, o número de acometidos foi decrescente e, no último trimestre do ano, não havia nenhum cadastro de pessoas com esta morbidade. Durante todo o ano, 100% dos cadastrados foram acompanhados, índice superior às áreas brasileiras cobertas por ESF em que 96,3% dos cadastrados foram acompanhados.¹⁴ Acredita-se que a diminuição do número de casos, no ano de 2007, seja por efetividade dos programas de combate à hanseníase, alta por cura, óbitos ou pessoas que mudaram da área de abrangência de ESF. No entanto, os resultados não excluem ações contínuas de busca ativa por pessoas que apresentem sintomas suspeitos de hanseníase para avaliação.

Quanto às hospitalizações (TABELA 6), não houve internações por abuso de álcool, embora seja elevado o número de pessoas que referem o alcoolismo como morbidade. Em relação às internações por complicações do

diabetes, a taxa de 1,9% encontrada é inferior à dos locais em que há ESF no Brasil, que é de 3,1%.¹⁴ As taxas de internação por patologias sensíveis à atenção ambulatorial,

como o diabetes, tendem a diminuir à medida que o cadastro e o acompanhamento do HIPERDIA se tornam mais efetivos e incorporados ao trabalho da equipe.

Tabela 6 - Hospitalizações, segundo a causa, da população adstrita a ESF Recreio Vale do Sol, no município de Alfenas, no ano 2007

Causas de hospitalização	2º trimestre		3º trimestre		4º trimestre		5º trimestre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<5 anos por pneumonia	2	1,3	2	1,3	0	0,0	0	0,0	4	2,5
<5 anos por desidratação	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Por abuso de álcool	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Por complicação do diabetes	1	0,6	0	0,0	2	1,3	0	0,0	3	1,9
Por outras causas	34	21,5	35	22,2	39	24,7	40	25,3	148	93,7
Em hospital psiquiátrico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,9	3	1,9
Total	37	23,4	37	23,4	41	25,9	43	27,2	158	100,0

Fonte: SIAB 2007

A maior proporção de hospitalizações na população adstrita é decorrente de outras causas (93,7%), índice superior ao da população acompanhada pela ESF no Brasil (88,7%).¹⁴ O item hospitalização “por outras causas” impossibilita conhecer o quadro epidemiológico das morbidades, apontando falha relacionada à construção da ficha, que poderia agrupar as causas de internações de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID 10) ou deixando espaço em branco para que a equipe aponte a causa de internação.

Tabela 7 - Mortalidade da população da área adstrita à ESF Recreio Vale do Sol, no município de Alfenas, no ano 2007

Óbitos	2º trimestre		3º trimestre		4º trimestre		5º trimestre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
De adolescentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
De mulheres de 10 a 14 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
De mulheres de 15 a 49 anos	1	8,3	0	0	0	0	0	0	1	8,3
Óbitos sem causa específica	2	16,7	3	25,0	4	33,3	2	16,7	11	91,7
Total	3	25,0	3	25,0	43	3,3	21	6,7	12	100

Fonte: SIAB 2007

A predominância dos óbitos é sem causa específica (91,17%), sendo impossível realizar o diagnóstico da mortalidade. Na ficha, este item deveria ser abordado por causa do CID 10 ou deixar espaço para que as equipes completem as causas dos óbitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SIAB se apresenta como uma ferramenta importante para a tomada de decisão dos gestores e integrantes do sistema de saúde. Contudo, para que as ações se concretizem, é necessário que os dados sejam consolidados, relacionados, analisados e discutidos no âmbito local e municipal. Dessa forma, o SIAB oferece subsídios para avaliar as atividades desenvolvidas, permite condutas apropriadas e

o levantamento de falhas da equipe. Ele é um instrumento orientador do trabalho da equipe e deve ser utilizado para que se atinjam os objetivos propostos e as metas pactuadas.

Foi possível fazer uma leitura crítica sobre o SIAB. Dentre as informações que este oferece, foram encontradas falhas relacionadas à construção das fichas e à divergência dos dados do relatório SSA2 e da ficha A, pelo seu preenchimento, consolidação e manejo durante o período estudado. São elas: os itens “hospitalização” e “óbitos” do relatório SSA2 conter a opção “por outras causas”, impossibilitando concluir o diagnóstico de morbimortalidade desta população; a falta de consolidação mensal dos dados da ficha A inviabiliza o cruzamento de dados e a evolução dos mesmos; o número de usuárias com condição referida de gestação diferente do número de gestantes cadastradas

na ESF; o número de nascimentos durante o período em estudo superior ao número de crianças menores de um ano registrado no consolidado da ficha A.

A realização deste estudo oportunizou, a partir da análise e discussão dos dados, elaborar o diagnóstico e conhecer a realidade sócio-sanitária da população adstrita e os resultados do trabalho nesta ESF.

Ao se conhecer a realidade sócio-sanitária, verificou-se que, na referida ESF, há ações, programas e determinantes com impacto favorável e desfavorável sobre a mesma. Dentre todos estes, os desfavoráveis merecem maior atenção da equipe: elevado número de desnutrição na faixa etária de 0 - 11 meses e 29 dias; alto índice de gravidez na adolescência; número elevado de amamentação mista em crianças de 0 a 3 meses e 29 dias; aumento progressivo dos números de portadores de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial cadastrados.

Com esse diagnóstico, a equipe poderá se organizar de forma participativa e escolher uma metodologia adequada para planejar ações ajustadas às necessidades da população. Estas, contudo, não podem se configurar como ações isoladas e pontuais e sim serem incorporadas no processo de trabalho, avançando na efetivação dos princípios de integralidade, longitudinalidade e na consecução das metas propostas para a atenção primária à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Souza HM. Programa de Saúde da Família: entrevista. Rev Bras Enferm. 2000 dez; 53(N. esp.):7-16.
2. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social. Cogitare Enferm. 2006 maio-ago; 11(2):143-9.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
5. Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública., 2005 nov/dez; 21(6): 1821-8.
6. Pereira AMM, Godinho MLSC, Bergamo MIBB. Saúde da família: uma análise baseada no Sistema de Informação da Atenção Básica. Rev APS. 2006 jan/jun; 9(1):50-63.
7. Melleiro MM, Tronchin DMR, Ciampone MHT. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. São Paulo: SP. p. 165-171. [Citado em: 2008 out. 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a08v18n2.pdf>.
8. Saguchi LC. Gestão empresarial: iniciando a excelência organizacional nas pequenas e grandes empresas. São Paulo: Navegar; 2004. p. 215.
9. Santos MHAV, Figueiredo MIT, Borges O, Santana ZH, Monego ET. Diagnóstico em saúde coletiva - ferramenta para o planejamento da equipe de saúde da família no setor Vila Nova. Gurupi (TO). Rev UFG. 2004 dez; 6(n. Esp.). [Citado em 2008 set. 22]. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/I_coletiva.html
10. Vieira S, Hossne WS. Metodologia científica para a saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2001. 14 p.
11. Cruz C, Ribeiro U. Metodologia científica: teoria e prática. 2ª ed. Rio de Janeiro: Axel Books; 2004.17 p.
12. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002. 67p.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. População recenseada e estimada, segundo os municípios - Minas Gerais - 2007. [Citado em: 2008 out. 01]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1_17.pdf.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB: indicadores 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2007. [Citado em: 2008 set. 22] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1230&id_pagina=1.
16. Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceito e aplicações. Brasília: OPAS; 2008.
17. Liga Brasileira de Epilepsia. Incidência da epilepsia. [Citado em: 2008 set. 22]. Disponível em: http://www.epilepsia.org.br/epi2002/show_mito.asp?mito=1.

18. Ramos SP, Woitowitz AB. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso. Rev Bras Psiquiatr. 2004; 26(supl.1):SI18-SI22.

19. Rezende J. Obstetrícia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 403 p.

20. Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y, editores. Pediatria Básica: pediatria geral e neonatal. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2005. 197 p.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - nº 16 - Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - nº 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

23. Santos Neto ET, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saúde Soc. 2008 abr/jun; 17(2):107-19.

Submissão: setembro de 2009

Aprovação: novembro de 2009

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – RELATÓRIO SSA2

	MÉS	Mês							Total
		1	2	3	4	5	6	7	
	MICROÁREA								
C r i a n ç a s	Nascidos vivos no mês								
	RN pesados ao nascer								
	RN pesados ao nascer, com peso < 2.500g								
	De 0 a 3 meses ou 29 dias								
	Aleitamento exclusivo								
	Aleitamento misto								
	De 0 a 11 meses ou 29 dias								
	Com as vacinas em dia								
	Pesadas								
	Desnutridas								
	De 12 a 23 meses ou 29 dias								
	Com as vacinas em dia								
	Pesadas								
	Desnutridas								
	G e s	Menores de 2 anos							
Que tiveram diarreia									
Que tiveram diarreia e usaram TRO									
Que tiveram infecção respiratória aguda									
Cadastradas									
Acompanhadas									
Com vacinas em dia									
Fez consultas de pré-natal no mês									
Com pré-natal iniciado no 1º TRI									
< 20 anos cadastradas									
Diabéticos cadastrados									
Diabéticos acompanhados									
Hipertensos cadastrados									
Hipertensos acompanhados									
Pessoas com tuberculose cadastradas									
Pessoas com tuberculose acompanhadas									
Pessoas com hanseníase cadastradas									
Pessoas com hanseníase acompanhadas									
H o s p i t	Menores de cinco anos por pneumonia								
	Menores de cinco anos por desidratação								
	Por abuso de álcool								
	Por complicações do diabetes								
	Por outras causas								
Total									
Ó b i t o s	Internações em hospital psiquiátrico								
	De menores de 28 dias								
	Por diarreia								
	Por infecção respiratória aguda								
	Por outras causas								
	De 28 dias a 11 meses ou 29 dias								
	Por diarreia								
	Por infecção respiratória aguda								
	Por outras causas								
	De menores de 1 ano								
	Por diarreia								
	Por infecção respiratória aguda								
	Por outras causas								
	De mulheres de 10 a 49 anos								
	De 10 a 14 anos								
De 15 a 49 anos									
Outros óbitos									
Total de óbitos									
De adolescentes (10-19 anos) por violência									
Total de famílias acompanhadas									
Visita domiciliar ACS									
Total de famílias cadastradas									