

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SITUAÇÃO DE SAÚDE EM ÁREAS COBERTAS PELA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO**

CARLA FERNANDA RIBEIRO BORGES

**UBERABA- MINAS GERAIS
2011**

CARLA FERNANDA RIBEIRO BORGES

**SITUAÇÃO DE SAÚDE EM ÁREAS COBERTAS PELA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

**UBERABA - MINAS GERAIS
2011**

CARLA FERNANDA RIBEIRO BORGES

**SITUAÇÃO DE SAÚDE EM ÁREAS COBERTAS PELA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
MUNICÍPIO DO TRIÂNGULO MINEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

Banca Examinadora

Profa. Ms. Fernanda Carolina Camargo - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte 05/11/2011

*Dedico esta ao meu pai, João Batista, e à minha mãe, Ivône, ao meu
companheiro e amigo, Alessandro, e ao meu filho querido, Ian Carlos
que mesmo intra-útero soube entender a mamãe.*

Agradeço a Deus por me abençoar nestes caminhos tortuosos da aprendizagem,

Ao meu pai, João Batista, e à minha mãe, Ivône, pelo apoio imensurável,

Ao meu companheiro e amigo, Alessandro, pelo entendimento das horas ausentes.

Ao gestor em saúde do município de Araxá pelo apoio ao ensino e pesquisa.

As equipes de ESF de Araxá pelo trabalho árduo e dedicação.

Aos companheiros de trabalho pelos conselhos e paciência.

À Coordenação da Especialização CEABSF/UFMG pelo grandioso trabalho neste novo modelo de educação.

Aos amigos do CEABSF, Rodrigo Wilson pelas longas conversas capazes de incentivar mesmo nas horas mais adversas.

À Tutora Presencial Claudia Cristina Rangel pelo empenho e paciência.

À Tutora a Distancia e orientadora Fernanda Carolina Camargo pelo esforço enorme em me ajudar e a entender as minhas condições por meio da sua capacidade de acreditar em nossa capacidade.

RESUMO

Presente estudo objetivou analisar situação de saúde da população coberta pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Araxá-MG, ano 2010. Foi realizado estudo descritivo, transversal, por dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Análise revelou cobertura de 58,5% de ESF no município, perfazendo 54.856 pessoas cadastradas entre 11 equipes. Foram realizadas em média 0,83 visitas domiciliares/mês para as famílias cadastradas. Em relação aos grupos de risco, chama atenção aumento do número de gestantes menores de 20 anos cadastradas e o início tardio do acompanhamento Pré-Natal. Apresentaram baixo peso ao nascer 10,6% dos neonatos acompanhados. Aleitamento materno exclusivo prevaleceu entre 83,0% das crianças menores de 4 meses. A percentagem de menores de um ano com vacina em dia foi 85,0% e de 12 meses a 23 meses, 86,0%. Entre os menores de dois anos, apenas 55,0% dessas crianças apresentaram pesagem mensal. Quanto às internações hospitalares prevaleceram as por complicações diabéticas, seguida pelas psiquiátricas e de menores de 05 anos por Pneumonia. A maior ocorrência de mortalidade esteve relacionada a demais causas que não a materno-infantil. Em torno de 80,0% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados foram acompanhados. Sobre os portadores de tuberculose ou hanseníase, todos cadastrados foram acompanhados, com média de 3 casos ao mês. A análise das informações do SIAB possibilitou reconhecer a situação de saúde, além de apresentar-se como ferramenta norteadora para processo de trabalho das equipes de ESF, fortalecedora dos princípios do SUS nos cenários de assistência.

Palavras-chave: Sistema de Informação. Diagnóstico da Situação em Saúde. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the health situation of the population covered by the Family Health Program (FHP) in the municipality of Araxá-MG, 2010. Descriptive study was conducted, cross-sectional data by Information System (SIAB). Analysis showed 58.5% coverage in the city of ESF, bringing 54.856 people registered from 11 teams. Was a mean of 0.83 home visits / month to the registered families. Regarding risk groups, highlights the increasing number of pregnant women under 20 years old registered and late onset of prenatal care. Had low birth weight of newborns followed up 10.6%. Exclusive breastfeeding was prevalent among 83.0% of children under four months. The percentage of children under one year with the vaccine in the day was 85.0% and from 12 months to 23 months, 86.0%. Among children under two years, only 55.0% of children had monthly weighing. The hospital admissions for diabetic complications prevailed, followed by psychiatric and under 05 years of pneumonia. The higher incidence of mortality was related to causes other than maternal and child health. Around 80.0% of hypertensive and / or registered diabetics were followed. On people with leprosy or tuberculosis, all registrations were followed, with an average of 3 cases per month. The analysis of the information by SIAB possible to recognize the health situation, and present itself as a tool for guiding the work process of FHP teams, consolidated the principles of the SUS in assistance scenarios.

Keywords: Information Systems. Diagnosis of Health Situation. Family Health Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1 - Distribuição das atividades de acompanhamento familiar das equipes de Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.	22
Figura 2 - Distribuição das características da situação de saúde das gestantes cadastradas nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.	24
Figura 3 - Distribuição das características de saúde dos nascidos vivos cadastradas nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.	26
Figura 4 - Distribuição do tipo de aleitamento entre crianças até 4 meses cadastradas nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.	29
Figura 5 - Distribuição das características das crianças menores de 02 anos cadastradas nas Equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.	32
Figura 6 - Distribuição das características das crianças menores de 02 anos quanto aos agravos de saúde cadastradas nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.	33
Figura 7 - Distribuição das internações hospitalares cadastradas nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.	36
Figura 8 - Distribuição dos óbitos conforme cadastros nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.	38
Figura 9 - Distribuição dos agravos Hipertensão e Diabetes conforme cadastros nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.	40
Figura 10 - Distribuição dos agravos Tuberculose e Hanseníase conforme cadastros nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.	43

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	12
3. OBJETIVOS	18
4. MATERIAIS E MÉTODO	19
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1. Acompanhamento das Famílias	21
5.2. Acompanhamento Pré-Natal	23
5.3. Acompanhamento Nascidos Vivos	25
5.4. Acompanhamento crianças até 4 meses	28
5.5. Acompanhamento crianças menores de 2 anos	30
5.6. Acompanhamento Internações Hospitalares	34
5.7. Acompanhamento da Mortalidade	37
5.8. Acompanhamento Hipertensos e Diabéticos	39
5.9. Acompanhamento portadores de Tuberculose ou Hanseníase	41
6. CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	46

1. INTRODUÇÃO

Considera-se que a atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) necessita de uma abordagem diferenciada, que se aproxime das realidades de vida das pessoas e valorize o contexto de inserção das famílias como condição para a manutenção da saúde. Essa realidade aponta para a importância de uma assistência programada, que busque ultrapassar a atenção apenas às condições agudas, mas que seja planejada para realmente promover uma mudança das condições de saúde, em sentido à qualidade de vida das populações (FARIA *et al.*, 2010).

Pretende-se realizar uma análise local dos problemas de saúde existentes, considerando um mesmo contexto sanitário, para que se alcance a produção de respostas assistenciais que interfiram junto aos fatores que condicionam e determinam a ocorrência dos agravos em saúde. Neste sentido, a aproximação frente a diferentes Sistemas de Informações em Saúde municipais, principalmente pelo manejo das informações contidas no Sistema de Informação da Atenção Básica em Saúde (SIAB), revela-se como caminho primordial para o reconhecimento das necessidades de saúde que permeiam a população local (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2010).

O SIAB é alimentado por informações oriundas do trabalho das equipes de ESF, que no seu cotidiano de prática realizam um levantamento de dados resultantes do acompanhamento das famílias cadastradas, possibilitando a identificação de aspectos singulares de cada pessoa assistida. Cada vez mais, há a necessidade de se incentivar às equipes da ESF para que reconheçam esses dados e os transformem em informações de saúde orientadoras para um cuidado planejado. E, assim, reorientar a prática das equipes para a ordenação de uma assistência condizente a essas necessidades, que impactuem na realidade de forma resolutiva nos problemas de saúde da população (BITTAR *et al.*, 2009; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

A motivação para a realização do presente estudo, amparou-se no exercício de atividade de coordenação em saúde no município de Araxá-MG, quando a autora, enfermeira, despertou para a necessidade de gerenciar as informações em saúde com intuito de alcançar uma atenção efetiva na ESF.

Com intuito de fortalecer as tomadas de decisões em saúde pela gestão local e promover mudança na organização do processo de trabalho das equipes é preciso valorizar utilização de informações em saúde no direcionamento da prática, o SIAB, enquanto ferramenta norteadora para a organização de um planejamento em saúde viável, respeitando as peculiaridades de cada território na proposição de estratégias de intervenções mais resolutivas.

Portanto foi objeto deste estudo analisar a situação de saúde da população coberta pelas equipes de Saúde da Família do município de Araxá- MG, ano 2010 e descrever a situação de saúde da população coberta pelas Equipes de Saúde da Família pelas variáveis contidas no SIAB.

2 JUSTIFICATIVA

Os aspectos que permeiam as políticas públicas para a saúde no Brasil, principalmente a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) embasam-se por aspectos sociohistóricos na relação das ações institucionais do Estado frente às necessidades da população (FARIA *et al.*, 2010).

Mesmo diante de severas transformações geopolíticas e econômicas neoliberais, as políticas sociais permanecem na agenda do Estado como instrumentos de cidadania e de promoção da equidade social (MORAES, 2003; COELHO, 2009). É neste complexo cenário que, no Brasil, frente ainda ao movimento de redemocratização nacional, é promulgada a Constituição de 1988 que assegura a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado (ROSA; LABATE, 2005; COELHO, 2009).

A constituinte de 1988 aponta que os serviços públicos de saúde integram-se para formar uma rede regionalizada e hierarquizada, definida pelo SUS, conforme diretrizes de descentralização, atendimento integral, equidade e participação comunitária em suas definições (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; FARIA *et al.*, 2010).

Observa-se que, entre suas atribuições para promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos, o SUS apresenta a responsabilidade de identificar e controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. No intuito de fortalecer a operacionalização dos princípios do SUS no território nacional por meio do fortalecimento das ações da atenção primária, o Ministério da Saúde implanta o Programa Saúde da Família em 1994 e reconhecida como estratégia saúde da família, a partir de 2006 com a publicação da Portaria 648 (BRASIL, 2006) priorizando de reordenação do modelo de atenção em saúde. (BRASIL, 1997; FARIA *et al.*, 2010).

A estruturação da Saúde da Família como estratégia assistencial considerou experiências exitosas de ações em saúde no estado do Ceará realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o modelo de médicos de família de Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra (ROSA; LABATE, 2005). De forma geral, o trabalho na ESF alicerça-se na família, no território e na

responsabilização do cuidado em saúde pelo trabalho em equipe (OLIVEIRA; MARCON, 2007; FARIA; WERNECK; SANTOS, 2010).

As equipes de saúde são compostas por, no mínimo, 1 médico generalista, 4 a 6 ACS em média, 1 enfermeiro e 1 técnicos de enfermagem e/ou auxiliar de enfermagem. A equipe de saúde bucal (ESB) na ESF, com cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal complementam o trabalho multidisciplinar na proporção de uma ESB para até 2 equipes de saúde da família.

Está definido que cada equipe assista de 800 a 1000 famílias, correspondendo a uma população entre 2.400 a 4.000 pessoas, cadastradas em um território delimitado adscrito a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009; FARIA; WERNECK; SANTOS, 2010).

O processo de trabalho dessa equipe, no alcance do caráter inovador da atenção em saúde, incorpora princípios que valorizam o aspecto relacional do cuidado em saúde e a formação de vínculo frente à clientela cadastrada. Deve garantir uma agenda programática de ações em saúde que sejam eficientes e resolutivas e incorporem as especificidades das probabilidades de saúde do território, além de considerar a compreensão ampliada do processo saúde-doença qual inclua os aspectos socioculturais de organização de cada família para o enfrentamento dos seus problemas a saúde (DITTERICH; GABARDO; MOYSÉS, 2009; OLIVEIRA; MARCON, 2007; FARIA; WERNECK; SANTOS, 2010).

Para tanto, torna-se imprescindível a identificação e o controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, como ferramenta norteadora da atuação das equipes de saúde da família (FARIA *et al.*, 2010). Dessa maneira, ferramentas de vigilância à saúde que visam o reconhecimento da situação de saúde de determinado conglomerado populacional, como a epidemiologia, são essenciais para a organização do trabalho da ESF (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Para compreender o perfil de saúde-doença das famílias que moram no território soma-se a normatização da Lei Orgânica da Saúde que assegura a utilização de conhecimentos epidemiológicos no estabelecimento de prioridades, para alocação de recursos e para as orientações programáticas das ações e serviços do SUS (BRASIL, 1990; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Na prática da ESF todos os profissionais da equipe exercem atividades de coleta de dados e informações de cunho epidemiológico para acompanhamento e monitoramento da saúde da população cadastrada, por meio do SIAB.

Como iniciativa de acompanhamento das ações e impactos das ações das ESF, em 1998 o Ministério da Saúde criou o SIAB com a finalidade de consolidar os dados gerados pelas equipes, gerenciando as informações obtidas na comunidade adscrita que poderão ser utilizadas para planejamento das ações de saúde a serem ofertadas a população, bem como para avaliação de impacto (SILVA; OLIVEIRA, 2010).

As informações geradas por meio do SIAB caracterizam-se por descrever a realidade socioeconômica, sanitária e demográfica, a situação de adoecimento e morte da população, a atenção aos grupos de riscos e acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde desenvolvidos na área adscrita, constituindo-se ferramenta de planejamento e gestão para as ESF e do PACS, possibilitando a microlocalização dos problemas e do desenvolvimento de desigualdades sociais e de saúde, permitindo à gestão, a promover a equidade na oferta das ações de saúde (BITTAR *et al.*, 2009).

Os principais instrumentos de coleta de dados contidos no SIAB, são:

a. Ficha de Cadastro da Família (Ficha A) cujos dados demográficos e socio sanitários são coletados pelos agentes comunitários de saúde, no momento do cadastramento e atualizadas permanentemente. Quando o município é informatizado as alterações devem ser realizadas imediatamente, já nos municípios onde a informatização não é uma realidade o consolidado dos dados deve ser feito anualmente, no mês de janeiro, através do preenchimento dos relatórios A1, A2, A3 e A4. Já quando se deseja excluir ou acrescentar famílias, o ACS deve, nas reuniões de equipe, informar estas alterações no sistema através dos relatórios SSA2 e SSA4.

b. Ficha de acompanhamento (Ficha B) gestante, hipertensão, diabetes, hanseníase e tuberculose, - Ficha C – cartão da criança, para grupos de riscos, devendo ser preenchida mensalmente pelo ACS no momento da visita domiciliar, guardá-la consigo para revisão periódica do enfermeiro, lembrando que os novos casos deverão ser discutidos com o enfermeiro.

c. Ficha de registro de atividades (Ficha D) preenchida por todos os profissionais diariamente para encaminhamento mensal. Alguns campos são específicos de determinados profissionais devendo ser preenchidos apenas pelos mesmos.

Os dados gerados pelas fichas acima mencionados são coordenados pelo enfermeiro responsável pela UBS e encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde para digitação e exportação para o DATASUS (SIQUEIRA, 2010). Após o processamento dos dados, são produzidos os relatórios no SIAB que serão acessados e gerados pela Secretaria Municipal de Saúde. Esses relatórios são:

- Cadastros familiares: gera consolidados contendo os dados demográficos e socio sanitários por microárea – relatório A1, área – relatório A2, segmento – Relatório A3, zona, município – Relatório A4, estado e região.

- Relatório situacional de saúde e acompanhamento das famílias que consolida mensalmente dados referentes às famílias acompanhadas por área – SSA2 – são provenientes do preenchimento da Ficha A, B, C e D referindo-se as microáreas, segmento, zona, município – SSA4 – refere-se aos dados do modelo de atenção (PSF e PACS) e zona (urbana ou rural), estado e região.

- Relatório de produção e marcadores de avaliação que consolida mensalmente os serviços prestados e a ocorrência de doenças e/ou condições consideradas como marcadores por área – PMA2, segmento, zona, município – PMA4 – consolida as PMA2 do município, estado e região.

Apesar do Sistema gerar esses relatórios, os mesmos apenas podem ser acessados a nível municipal, onde os dados são digitalizados. Este fluxo dificulta a utilização destes dados já que o mesmo demora a retornar a origem ou não retorna.

Os ACS e a equipe devem ter ciência da importância desses dados para o diagnóstico e para a determinação do processo de trabalho, o que demonstra a necessidade de educação continuada e permanente dos profissionais envolvidos. Vale salientar que conforme o Pacto de Gestão, os municípios que possuem Programa Saúde da Família implantados são obrigados a alimentar regularmente o SIAB, sob pena de corte de recursos financeiros para o município.

Estudo realizado em Montes Claros/MG apresentou que médicos e enfermeiros utilizam o SIAB para o planejamento de suas ações individuais e organização do trabalho de toda a

equipe, entretanto, afirmam que é uma ferramenta pouco explorada pela gestão local da Atenção Básica (MAIA *et al.*, 2010).

Em Barbacena/MG, uma experiência valoriza a utilização dos relatórios do SIAB como ferramenta eficiente para o reconhecimento da situação de saúde das microáreas acompanhadas pela ESF de forma a possibilitar priorização de agravos em saúde e a implementação de atividades voltadas para a realidade local (SIQUEIRA, 2010).

No município de Alfenas/MG, o SIAB foi identificado como ferramenta importante para a tomada de decisão dos gestores e integrantes do SUS, mas para isso é necessário que os dados sejam consolidados, analisados, relacionados e discutidos na equipe e no município. Acrescenta ainda que o SIAB é um instrumento orientador do trabalho em equipe devendo ser utilizado para atingir as metas e objetivos propostos, constituindo-se como metodologia adequada para o planejamento da unidade (SILVA, OLIVEIRA, 2010).

Em uma comunidade rural, em Jaguaquara/Bahia, a utilização da Ficha A do SIAB, através de suas análises, detectou problemas na área econômica (praga da vassoura de bruxa de cacau), social (alto número de analfabetos) e na saúde (falta de saneamento) destacando a importância deste sistema de informação para a organização das ações de saúde frente a todos os envolvidos, inclusive a comunidade, trabalharem para a solução dos problemas existentes (PEREIRA *et al.* 2010).

Mesmo diante desta realidade, estudos sugerem que há possibilidades de readequar a ferramenta SIAB para que a mesma seja utilizada de maneira ampliada, auxiliando nos processos de tomada de decisão relacionados à promoção e educação em saúde de maneira regionalizada (BITTAR *et al.* , 2009; RADIGONDA *et al.*, 2010).

Estudos revelam que o SIAB é pouco utilizado em relação ao seu potencial ou não é utilizado pela maioria das equipes. As dificuldades apontadas estão relacionadas à interpretação, ao conteúdo e a quantidade das Fichas, capacitação dos profissionais e utilização dos dados para direcionar as ações. Sugestões foram feitas para melhorar o uso dessa ferramenta, a saber: educação permanente e modificações no sistema de acordo com a necessidade local para real mudança no processo de trabalho da equipe (BITTAR *et al.* . 2009; RADIGONDA *et al.*, 2010). Neste contexto, o presente estudo objetiva apresentar a utilização do SIAB como

instrumento de análise da situação de saúde da população coberta pelas Equipes de Saúde da Família do município de Araxá-MG.

2 OBJETIVOS

Analisar a situação de saúde da população coberta pelas equipes de Saúde da Família do município de Araxá/MG, ano 2010.

Descrever a situação de saúde da população coberta pelas Equipes de Saúde da Família conforme variáveis disponíveis pelo SIAB.

3 MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, epidemiológico, transversal de base documental por dados secundários referentes às características de saúde da população cadastrada pelas equipes de Saúde da Família do município de Araxá/MG. Os dados foram acessados em sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), www.datasus.gov.br, através do SIAB, para o ano de 2010, período mais recente de registro e disponibilização das informações da ESF.

Quanto aos métodos quantitativos, esses propõem a compreensão da dimensão dos fenômenos em saúde. Caracteriza-se por procedimentos controlados, orientados pela verificação de uma realidade por uma análise estatística no alcance dos resultados, e os métodos são replicáveis, apresentando resultados passíveis de generalizações (SERAPIONI, 2000). Na abordagem das condições de saúde que acometem populações distintas, optou-se por estudo epidemiológico pois, traduzem elementos fundamentais no reconhecimento da situação de saúde, considerando os campos sociais e das ciências em saúde.

De forma geral, através de estudos epidemiológicos é possível coleta sistemática de informações sobre eventos ligados à saúde, em uma população definida, e na quantificação do mesmo (BLOCH; COUTINHO, 2009). Os estudos transversais são tipo de desenho dos estudos epidemiológicos, também chamado de seccional. Apresentam um prazo determinado e curto como se fosse um corte transversal no processo de observação do fenômeno em análise. Com isso, a inferência nos estudos transversais é de população definida em local e em tempo, bem demarcados. Esses estudos têm sido utilizados com propósitos de subsídio tecnológico aos planejadores das ações em saúde (BLOCH; COUTINHO, 2009; KLEIN; BLOCH, 2009).

Para a caracterização da condição de saúde da população cadastrada pelas equipes de ESF de Araxá, foram considerados os aspectos que envolvem as atividades de cobertura da ESF; o acompanhamento das gestantes e dos nascidos vivos; as crianças de até 4 meses e demais crianças menores de 2 anos; os tipos de internações hospitalares; os óbitos; além dos portadores de agravos não transmissíveis – hipertensão arterial e diabetes, portadores de agravos transmissíveis (hanseníase e tuberculose) cadastrados.

Todas as informações coletadas foram armazenadas em um banco de dados construído no software *Excel*®. A análise dos dados se deu por estatística descritiva por frequências absolutas (n) e em porcentagem (%). As informações resultantes foram apresentadas em tabelas e gráficos para sua melhor compreensão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Acompanhamento das Famílias

O município de Araxá, apresenta **92.927** habitantes, possui 11 equipes de saúde da família e 5 equipes de saúde bucal e 4 unidades básicas de saúde onde se inserem 6 PACS, totalizando 113 ACS. A cobertura populacional com as equipes de saúde da família ainda é pequena, cobre apenas 37,1% da população do município.

Em 2010, as equipes de saúde da família, fizeram cobertura assistencial de 58,56% do território municipal. Essas equipes acompanharam a média anual de **15.805** famílias, perfazendo **54.856** pessoas cadastradas. Sobre a realização de visitas domiciliares, houve aumento do número absoluto de visitas realizadas entre os meses de abril a julho de 2010, sendo o maior número de visitas realizadas em junho/2010. O número de famílias acompanhadas também aumentou, em janeiro de 2010 foram **7.889** e em dezembro deste mesmo período **13.435**, com maior número de famílias acompanhadas entre os meses de abril a julho de 2010 (FIG. 1).

Ao fazermos a relação entre a média anual de famílias cadastradas e o número de visitas domiciliares realizadas observamos que maio, junho e julho são os meses de maior cobertura de visitas, em relação às famílias acompanhadas os meses de maior acompanhamento foram maio e junho (FIG. 1).

Em fevereiro de 2010 houve cadastramento de 06 equipes de agentes comunitários de saúde e o aumento de 48 ACS de janeiro para fevereiro, passando de 55 ACS em janeiro de 2010 para 103 ACS em fevereiro de 2010, o que evidencia o aumento de famílias acompanhadas e cadastradas a partir de abril de 2010. Segundo orientações do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (2008a), deve ser realizado no mínimo uma visita por mês para as famílias de não risco e de risco, podendo esta última ter o seu valor mínimo modificado pela equipe. Entretanto, considerando a última média anual de **15.805** famílias cadastradas, o município de Araxá não atingiu a meta de visita/accompanhamento domiciliar realizada pelos ACS em nenhum mês do ano, chegando próximo nos meses de maio e junho de 2010.

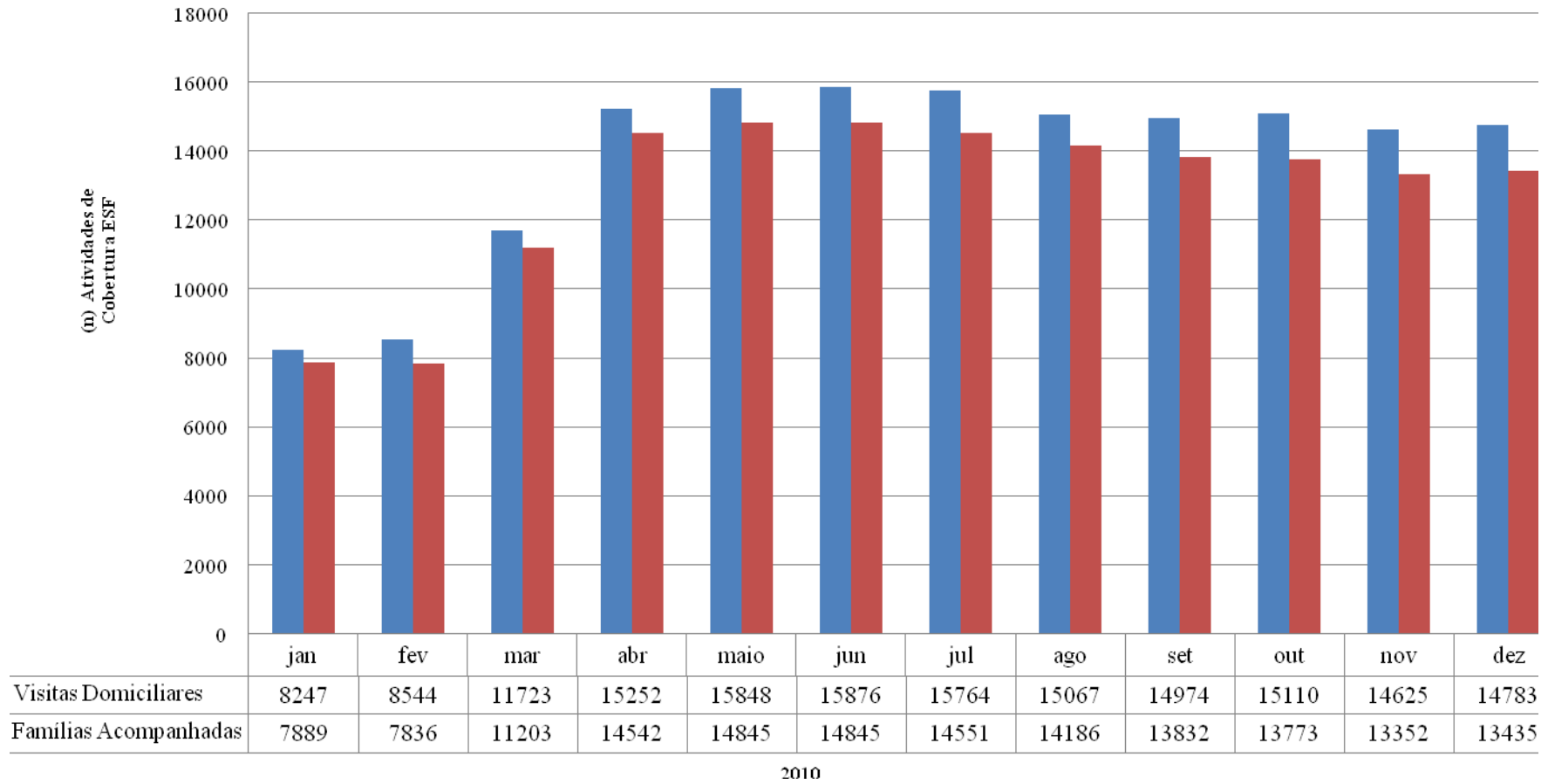


Figura 1. Distribuição das atividades de acompanhamento familiar de visitas domiciliares realizadas pelas das equipes de Saúde da Família do município de Araxá-MG, 2010.

5.2. Acompanhamento Pré-Natal

Sobre o acompanhamento de gestantes pelas equipes de Saúde da Família de Araxá-MG, a média anual foi de 86,1% entre o número de gestantes cadastradas, sendo a maior porcentagem de acompanhamento em abril com 96,9% e a menor em dezembro com 88,0% (FIG. 2). Em relação às gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, as gestantes cadastradas relataram uma média de 79,8%. E, o número de gestantes menor de 20 anos cadastradas aumentou entre os meses de janeiro e dezembro de 2010, sendo para o primeiro mês 37 gestantes menores de 20 anos cadastradas e, no último mês 50 (Figura 2). Apesar disto a média durante o ano foi de 2111, sendo o parâmetro proposto pelo Plano Diretor da Atenção Primária de 21,7% das gestantes (MINAS GERAIS, 2008a).

Em relação a realização de consulta Pré-Natal no mês, durante o ano, 94,0% das gestantes acompanhadas referiram realizar consulta mensal. Em abril de 2010, foi observado que das 217 gestantes acompanhadas, 212 relataram ter realizado a consulta no mês, perfazendo 98,0% de acompanhamento pré-natal, porém 5 mulheres referiram não acompanhamento adequado de sua gestação. Em dezembro de 2010, essa realidade ainda é menos favorável, quando das 176 gestantes cadastradas, 85,4% delas realizaram consulta pré-natal no mês, enquanto 26 destas gestantes não fizeram o devido acompanhamento (FIG. 2).

De forma geral, a condição de saúde das gestantes cadastradas nos territórios de cobertura da ESF, chama a atenção para aumento do número de gestantes menores de 20 anos cadastradas entre janeiro e dezembro de 2010, a porcentagem de gestantes que não diagnosticam a gestação no primeiro trimestre e aquelas cujo acompanhamento de consultas pré-natal não é realizado mensalmente também foram significativos.

Segundo o Manual Técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) para haver atenção ao pré-natal e puerperal efetiva é necessário:

[...] acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres na gestação e no puerpério, tanto na unidade de saúde como em seu domicílio, visando garantir o seguimento durante toda a gestação, com classificação do risco gestacional na primeira consulta e nas consultas subsequentes, assegurando esclarecimento e orientações necessários por meio da realização de ações educativas (BRASIL, 2006, p.143)

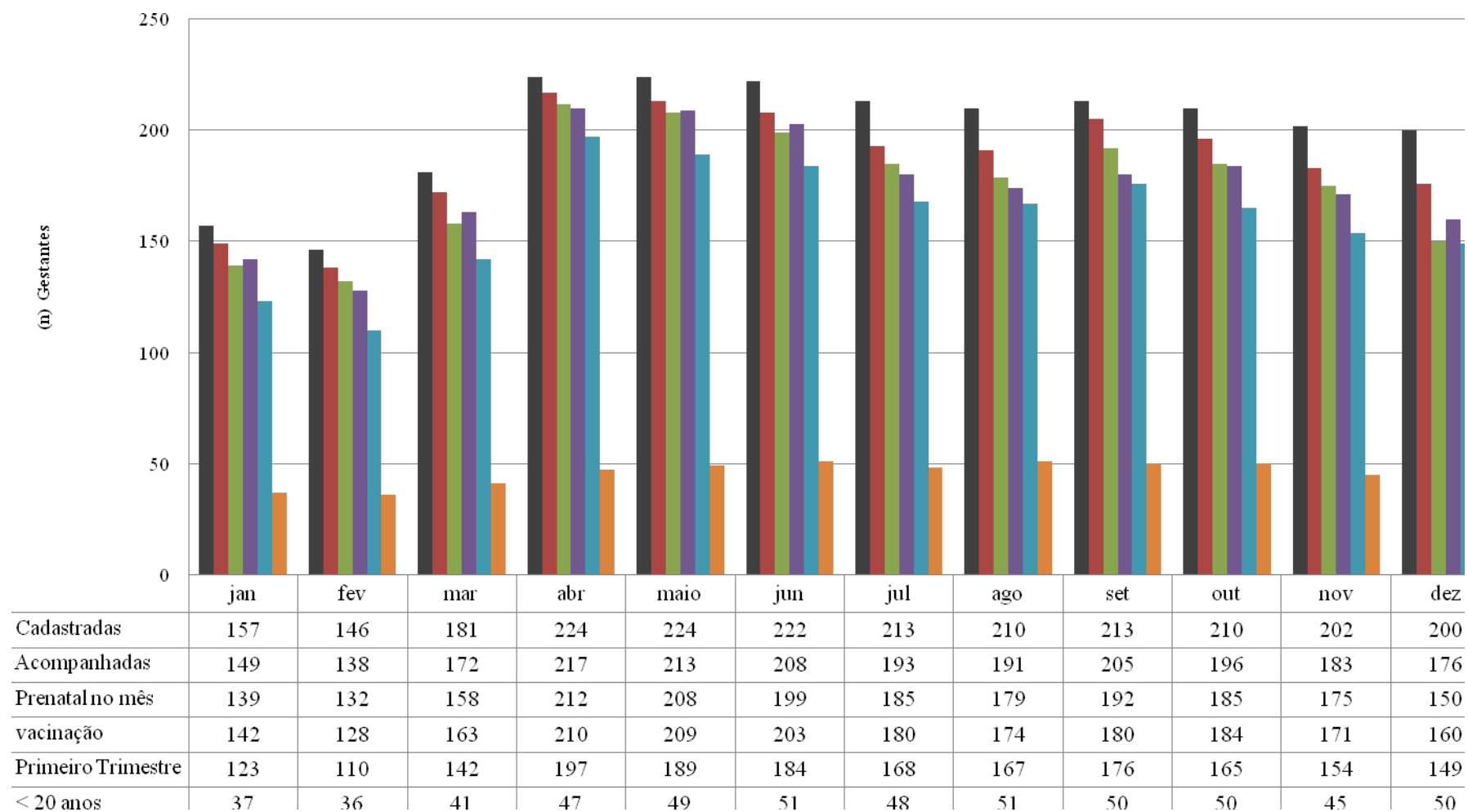


Figura 2. Distribuição das características da situação de saúde das gestantes cadastradas nas equipes Saúde da Família de Araxá/MG, 2010.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) o calendário de consultas de pré-natal deve ser organizado em função do risco de cada período devendo ser iniciado precocemente, no primeiro trimestre.

O cuidado no pré-natal é importante fator preditivo na redução do baixo peso ao nascer e conseqüentemente na redução da mortalidade infantil. É importante fazer mais de 6 consultas de pré-natal, porque o risco para quem fez de quatro a seis consultas é 50,0% maior do que quem fez sete ou mais consultas em qualquer faixa de peso (MINAS GERAIS, 2008a).

Diante das evidências e da realidade demonstrada faz-se necessário uma proposição de programação das ações das equipes de saúde da família do município de Araxá-MG que visem uma cobertura assistencial mais efetiva às gestantes. Fazem-se necessários estímulos políticos, financeiros, organizacionais e cognitivos para melhorarem a organização do trabalho das equipes de saúde da família, a fim de redefinirem maior qualidade de cobertura assistencial a esse grupo assistencial prioritário na saúde.

5.3 Acompanhamento Nascidos Vivos

A média de nascidos vivos nas áreas cobertas pelas equipes de Saúde da Família do município de Araxá/MG foi de 35 nascimentos ao mês no ano de 2010. Na comparação, o número é inferior ao de gestantes cadastradas (FIG. 3). Essa realidade ocorre devido o período gestacional em que essas mulheres se encontram quando são cadastradas na ESF, a atualização das informações nos computadores do nível central que é morosa em relação a dinâmica do território comunitário e as mudanças de domicílio das gestantes que passam a habitar casas onde não há cobertura de ESF.

Informação importante refere-se à pesagem dos nascidos vivos ao nascer em todo território de cobertura da ESF em Araxá onde, em todos os meses, com exceção de uma criança em abril, 100% das crianças foram pesadas ao nascer (Figura 3). Essa realidade ocorre, em especial, pelo aprimoramento da assistência ao parto nas maternidades, que executam procedimentos protocolares de recepção ao neonato, que incluem a pesagem.. Entretanto, destaca-se a questão dos nascidos vivos baixo peso ser uma realidade nos territórios de cobertura da ESF. A média anual foi de 10,6% de baixo peso ao nascer, sendo em média para cada 10 nascidos vivos 01 apresentou baixo-peso (Figura 3).

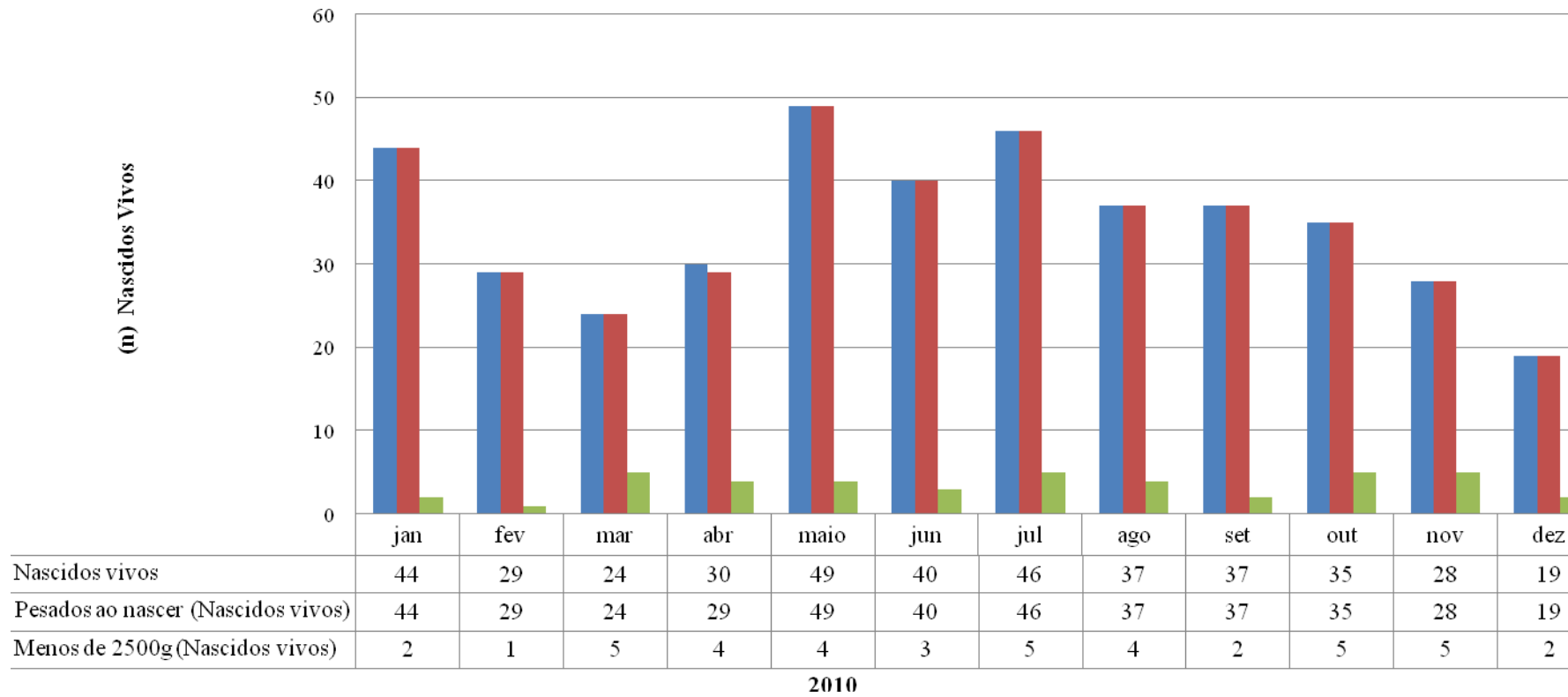


Figura 3. Distribuição das características de saúde dos nascidos vivos cadastradas nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.

O conhecimento das condições de nascimento bem como de seus fatores de risco são fatores importantes para a elaboração de programas de promoção à saúde materno-infantil. Dentre estas condições destaca-se o baixo peso ao nascer (MINAS GERAIS, 2008b).

Segundo a Linha Guia de Atenção à Saúde da Criança da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2005), o recém-nascido é considerado baixo peso ao nascer quando o peso é inferior a 2.500g e peso elevado quando o peso é igual ou maior que 4.500g.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), crianças nascidas entre 1.500g e 2.500g possuem 7 vezes mais risco de morrer do que as com o peso normal (2.500g a 5.000g), aumentando para 58 vezes quando o peso situa entre 1.000g e 1.500g e ainda maior com crianças que nasceram abaixo de 1.000g. Recém-nascidos com sobrepeso tem três vezes maior chance de morrer que os com o peso normal. Sendo assim o baixo peso ao nascer, por sua vez contribui significativamente para a morbidade e mortalidade infantil, principalmente a neonatal (PAULA *et al.*, 2005).

Existem dois processos básicos que isolados ou associados predisõem o baixo peso ao nascer, sendo a prematuridade e o retardo de crescimento intrauterino. Tais processos são determinados por um conjunto de fatores, entre os quais se destacam condições socioeconômicas precárias, baixo peso da mãe no início da gestação, falta ou deficiência da assistência pré-natal, baixa estatura materna, antecedentes reprodutivos desfavoráveis e gravidez múltipla (PAULA *et al.*, 2005).

Dessa maneira, a assistência pré-natal permite o diagnóstico, tratamento, a redução ou eliminação de fatores ou comportamentos de risco possíveis de serem corrigidos. Para que esta assistência seja efetiva e de qualidade a equipe de Saúde da família possui como atribuições: captar, verificar condições e situações de risco da mãe e criança no domicílio, fornecer, preencher e verificar o cartão da criança, realizar ações do quinto dia, verificar adesão as orientações, sendo elas medicamentosas ou não, avaliar e orientar sobre o crescimento, desenvolvimento e dieta e realizar atividades de educação em saúde para os responsáveis pela criança (MINAS GERAIS, 2005).

5.4. Acompanhamento crianças até 4 meses

O número de crianças cadastradas até 4 meses, no território de cobertura da ESF em Araxá/MG, manteve-se constante com média anual de 155 crianças/mês (Figura 4). Sobre o aleitamento materno, a média anual apontou que 83,0% dessas crianças encontravam-se em aleitamento materno exclusivo, 15,6% em aleitamento misto médio anual e 1,9% em aleitamento artificial médio anual.

Nota-se que a média de crianças até 4 meses em aleitamento materno exclusivo variou sua porcentagem, com maior concentração em abril, com 171 crianças cadastradas, 147 em aleitamento exclusivo. Já a menor porcentagem foi identificada em dezembro, quando das 129 crianças, 100 estavam em aleitamento exclusivo (FIG. 4).

Rezende (2005) observa que:

O aleitamento materno é ideal para a criança, pois oferece proteção imunológica; tem a proporção ideal de nutrientes; protege contra doenças, como a diarreia, infecção respiratória baixa, otite média, bacteremia, infecções, entre outras. Além disso, oferece benefícios para a mãe, como diminuição dos riscos de câncer de mama e ovário, reduz a incidência de obesidade de longa duração induzida pela gravidez, aumenta a contratilidade uterina diminuindo as perdas uterinas no pós-parto (REZENDE, 2005, p.185).

O aleitamento materno proporciona efeitos positivos como a redução da mortalidade infantil, redução do número de internações hospitalares, redução de manifestações alérgicas, redução da manifestação de doenças crônicas, melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, promoção da vinculação afetiva entre mãe e filho, prevenção de problemas de oclusão dentária, benefícios para a sociedade como um todo (MINAS GERAIS, 2005).

Entretanto há vários problemas comuns enfrentados durante a amamentação como ingurgitamento mamário, traumas mamilares, bloqueio de ducto lactífero, infecções mamárias e baixa produção de leite (GIUGLIANI, 2004). Segundo a Linha Guia de Atenção à Saúde da Criança da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2005), as ações de incentivo à amamentação devem estar incorporadas na rotina das UBS e maternidades. Ainda enumera as ações capazes de promover e manter o aleitamento materno como:

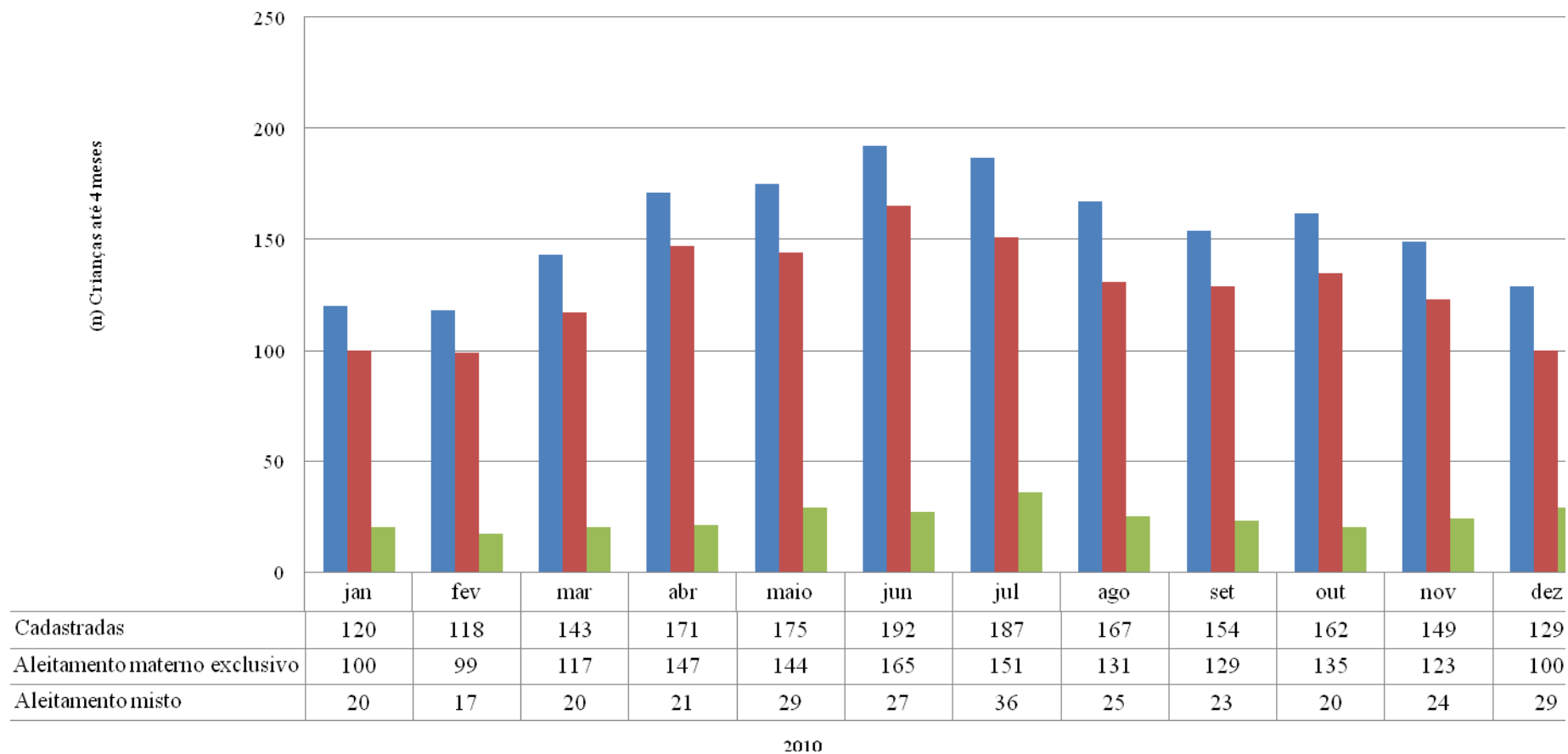


Figura 4. Distribuição do tipo de aleitamento entre crianças até 4 meses cadastradas nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.

- No Pré- Natal: sensibilizar e incentivar o desejo na gestante de amamentar, orientar sobre a preparação da mama e técnica para amamentação, esclarecer sobre os benefícios da amamentação, os direitos das nutrizes e dúvidas em relação aos preconceitos existentes.

- No Parto e Puerpério: estimular a escolha de maternidades com alojamento conjunto, incentivar o parto natural, início da sucção na sala de parto, estimular a livre demanda, incentivar um ambiente familiar propício para a amamentação.

No primeiro ano de vida a visita domiciliar do ACS é o primeiro contato da UBS com o recém-nascido, sendo necessário questionar sobre as condições de saúde da mãe e da criança, amamentação e orientar sobre a ida na unidade para as ações do quinto dia. Este dia é uma importante oportunidade para avaliar a amamentação, orientando sobre a livre demanda, o não uso de bicos e chupetas, as leis de proteção à nutriz, ficando atento às crianças de risco (MINAS GERAIS, 2005). Desta forma é esperado que as equipes de saúde da família cumpram o seu papel de vigilância em saúde priorizando as ações de promoção e prevenção, sendo o aleitamento materno um dos focos prioritários na atenção à saúde da criança.

5.5. Acompanhamento crianças menores de 2 anos

Em 2010, as equipes de Saúde da Família de Araxá-MG apresentaram cadastros de **618** crianças menores de um ano. A cobertura vacinal de 85,0% foi a média anual de menores de um ano com vacina em dia, sendo o mês de agosto com a menor percentagem 77,0% e o mês de maio apresentou a maior percentagem desta cobertura, com 93,0% (FIG. 5).

Foram 612 crianças entre 12 meses a 23 meses cadastradas na ESF de Araxá-MG em 2010. Dessas, 86,0% apresentaram cobertura vacinal atualizada, sendo junho o mês de maior cobertura com 93,4%. Quanto à pesagem, a avaliação foi realizada em média entre 55,0% das crianças desta faixa etária cadastradas, sendo o menor valor de cobertura no mês de janeiro com 35,0%. Com isso, a média de crianças desnutridas identificadas foi de 1,5% para o período (FIG. 5).

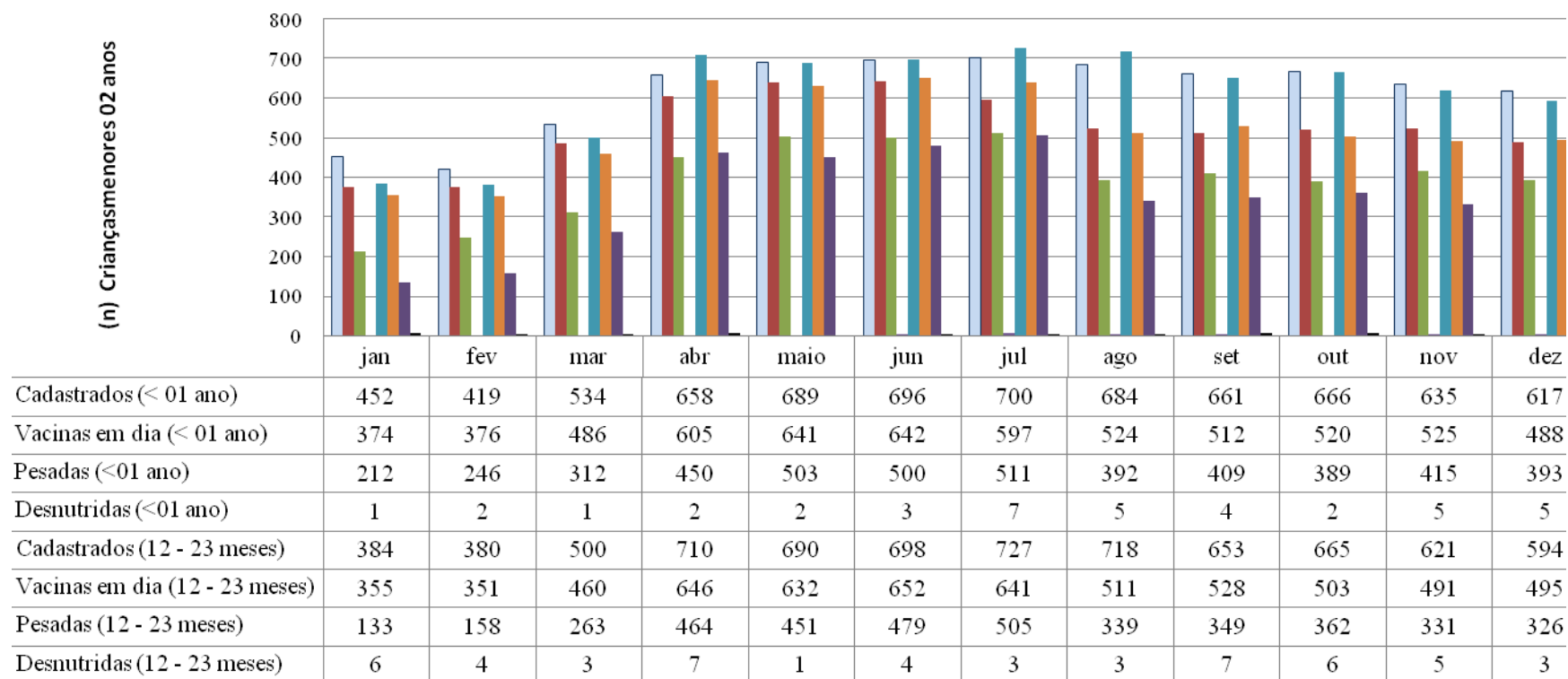
Ainda sobre o acompanhamento de menores de dois anos nos territórios com cobertura assistencial pela ESF em Araxá-MG, a média anual de crianças que apresentaram Infecção Respiratória Aguda (IRA) foi de 24,0%, com aumento dessa porcentagem entre junho e

setembro de 2010 (FIG. 6). Nesta faixa etária, a média de 24,0% das crianças menores de dois anos apresentaram diarreia, houve aumento entre junho e outubro de 2010, principalmente no mês de agosto com 9,7%. Observa-se que mesmo sendo conduta preconizada e de fácil acesso às famílias, a Terapia de Reidratação Oral por solução de Soro (comercial/caseiro) não foi realizada para todas as crianças que manifestaram os agravos IRA e Diarreia durante o ano de 2010 (FIG- 6).

Sabe-se que o Programa Nacional de Imunização brasileiro é reconhecido internacionalmente devido a sua eficácia na diminuição da mortalidade e morbidade infantil por doenças infecciosas preveníveis por vacinas. (MINAS GERAIS, 2005). Para que esse programa continue sendo um sucesso, a Secretaria de Estado de Saúde estipulou uma meta, a mesma do Ministério da Saúde, de no mínimo atingir 95% de cobertura, o que demonstra a baixa cobertura de Araxá (MINAS GERAIS, 2008a).

O crescimento é um dos melhores indicadores de saúde da criança, pois reflete as condições de vida intrauterina, de fatores ambientais, como alimentação, higiene, condições de habitação, saneamento básico, ocorrência de doenças e acesso à serviços de saúde, revelando as condições de vida da criança no passado e no presente (MINAS GERAIS, 2005). O acompanhamento contínuo do crescimento e desenvolvimento evidencia precocemente problemas que afetam a saúde, principalmente os ligados à nutrição, a capacidade mental e social. É considerada a ação central e organizadora da atenção à criança até os cinco anos de idade.

A puericultura possui como um dos seus objetivos o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e caracteriza-se como prevenção de doenças, promoção da saúde e educação da criança e de seus familiares. Para sua eficácia, deve-se conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social e o contexto socioeconômico, histórico, cultural e político onde está inserida, o que caracteriza de maneira plena a atenção primária à saúde (CIAMPO *et al.*, 2006). Esses resultados apontam para as condições de saúde dos menores de dois anos, pontos importantes quanto à cobertura vacinal e o acompanhamento antropométrico. Haja vista necessidades de aumento dos percentuais de cobertura vacinal, considerando a importância em se manter o cartão vacinal atualizado para o desenvolvimento infantil adequado. Por outro lado, essa inferência se completa para a avaliação ponderal das crianças menores de dois anos.



2010

Figura 5. Distribuição das características das crianças menores de 02 anos cadastradas nas Equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.

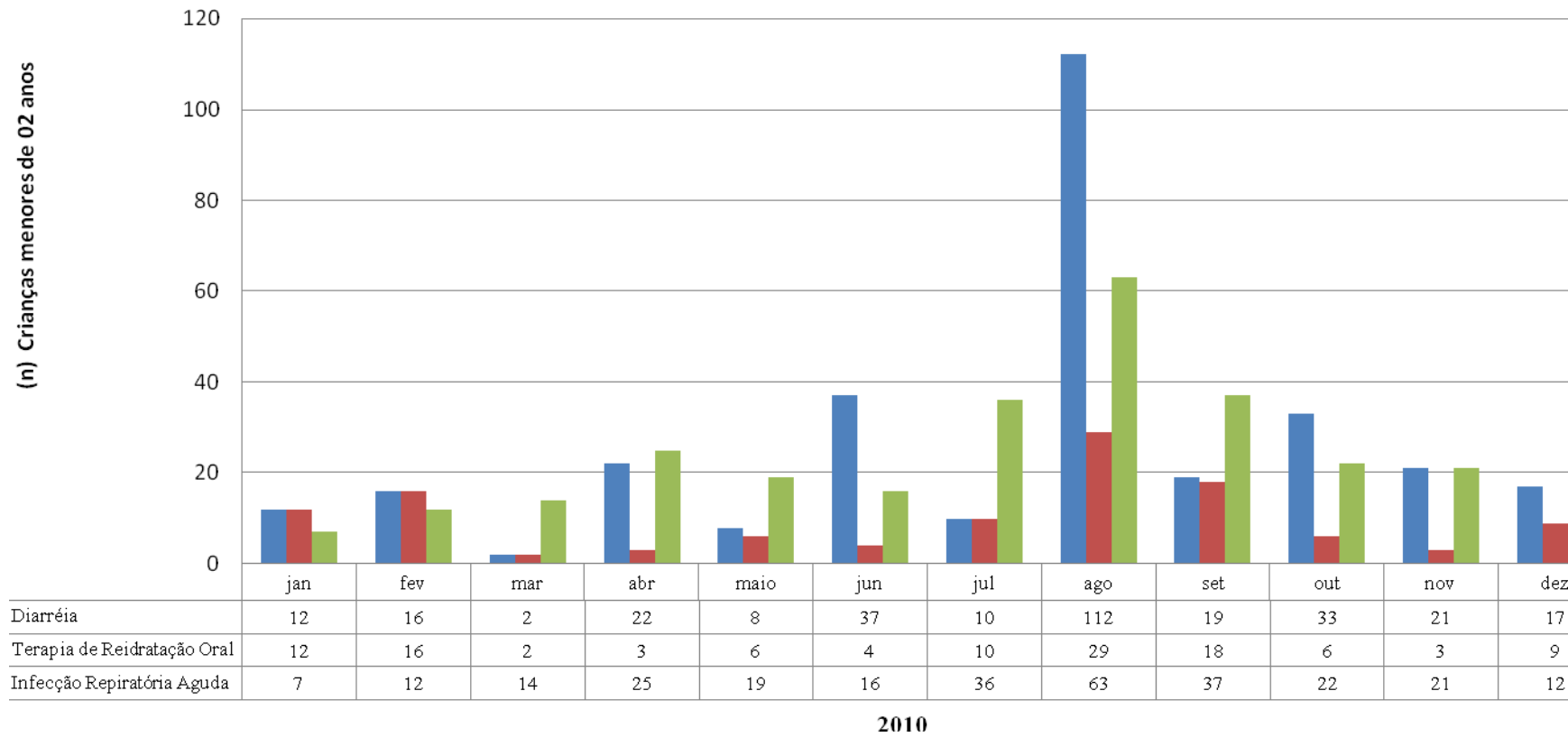


Figura 6. Distribuição das características das crianças menores de 02 anos quanto aos agravos de saúde cadastradas nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.

5.6. Acompanhamento Internações Hospitalares

Sobre as internações ocorridas nas áreas de cobertura da ESF em Araxá/MG, no ano de 2010, a maior parte relaciona-se a complicações diabéticas com 105 internações ao ano, seguida por psiquiátricas com 64 internações, pela pneumonia com 27 internações e desidratação com 16 internações para menores de cinco anos, acompanhadas por internações relacionadas ao uso abusivo de álcool com 25 internações anuais (FIG. 7).

Segundo a Linha Guia de Hipertensão e Diabetes a UBS deve ser uma porta de entrada para o diabético, funcionando como ponto estratégico ao garantir o acesso e o vínculo, responsabilizando-se pelo monitoramento dos pacientes no seu território de maneira humanizada e eficaz. A ESF possui responsabilidades e ações estratégicas mínimas para controle do diabetes, tais como: diagnóstico dos casos, cadastramento, busca ativa e tratamento dos casos, monitorização dos níveis de glicose, diagnóstico precoce das complicações, primeiro atendimento de urgência, encaminhamento de casos graves para demais níveis de complexidade e ações de promoção e prevenção (MINAS GERAIS, 2006a).

Diante dessas ações e responsabilidades, a Secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais, propõe com o objetivo de monitorar, avaliar e melhorar o desempenho nesse nível de atenção, o pacto de indicadores, sendo um deles as internações por complicações do diabetes mellitus (BRASIL, 2011). As internações psiquiátricas no Brasil vêm representando um dos maiores gastos do SUS, chegando a alcançar uma média de 55,6 dias. Desde 1990 a Declaração de Caracas reforça a ideia da vinculação da atenção psiquiátrica à atenção primária à saúde, comum modelo concentrado na comunidade e integrados com sua rede social, objetivando o tratamento do doente em seu meio (BRÊDA, 2001).

A prevenção do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas constitui-se de em processo de planejamento e implementação de múltiplas estratégias direcionadas a reduzir os fatores de vulnerabilidade e risco específicos e aumentar os fatores de proteção, com necessária inserção da comunidade, inclusive o indivíduo diretamente envolvido, e demais segmentos sociais disponíveis, buscando diminuir o início do consumo, frequência e intensidade. Podemos dizer que os indivíduos mais vulneráveis são aqueles que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações

mínimas sobre álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e difícil integração comunitária. (BRASIL, 2003).

O Relatório Mundial da Saúde em relação à saúde mental reitera que deve haver promoção da assistência a nível primário, disponibilização de medicamentos,, promoção de cuidados comunitários, educação da população, envolvimento da comunidade, família e usuários, estabelecimento de políticas, legislação e programas específicos, desenvolvimentos dos recursos humanos, integração com outros setores, monitorização da saúde mental da comunidade e apoio à pesquisas para o desenvolvimento de ações relacionadas à prevenção do uso e/ou abuso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

A diarreia ainda é um fator importante de morbimortalidade em crianças menores de cinco anos. Em 1990, no Brasil, 11,3% das mortes das crianças menores de 5 anos foi atribuída à diarreia, em 2000, 4,3%, apesar desse valor não considerar as diferenças regionais (MINAS GERAIS, 2005). Dado a importância desse dado, a ESF deve sempre que tiver oportunidade discutir com os familiares, comunidade, conselhos locais e nas campanhas de vacinação, as medidas de prevenção e redução da morbimortalidade por diarreia, abordando os temas relacionados ao saneamento básico, higiene pessoal e de limpeza dos utensílios, transmissão dos agentes patogênicos, promoção do bom estado nutricional e vacinação. Além disso, diante dos quadros de desidratação o profissional de nível superior deve avaliar e classificar o estado de hidratação para indicação dos planos de hidratação e encaminhamentos (MINAS GERAIS, 2005; CAMARGO, 2010).

A infecção respiratória aguda, dentre elas a pneumonia, apresentam elevada incidência correspondendo de 30 a 60,0% das consultas ambulatoriais pediátricas. As pneumonias são importantes causas de hospitalização e morte em crianças abaixo de cinco anos. Sabe-se que a cada 50 episódios de infecção respiratória aguda, 10 a 20 % dos casos evoluem para morte. Assim como na abordagem da diarreia, a ESF deve aproveitar as oportunidades e orientar os pais e atores sociais sobre as medidas preventivas relacionadas à pneumonia como: alimentação saudável, inclusive o aleitamento materno, posicionamento da criança sentada durante a mamada, manter em dia a vacinação, evitar aglomerações e ambiente poluído com fumaça de cigarro, mofo, pêlos e penas de animais, inseticidas, baratas e pó doméstico, etc. (MINAS GERAIS, 2005). Diante disso, sabe-se que as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial podem ser reduzidas e/ou evitadas se forem corretas e efetivamente

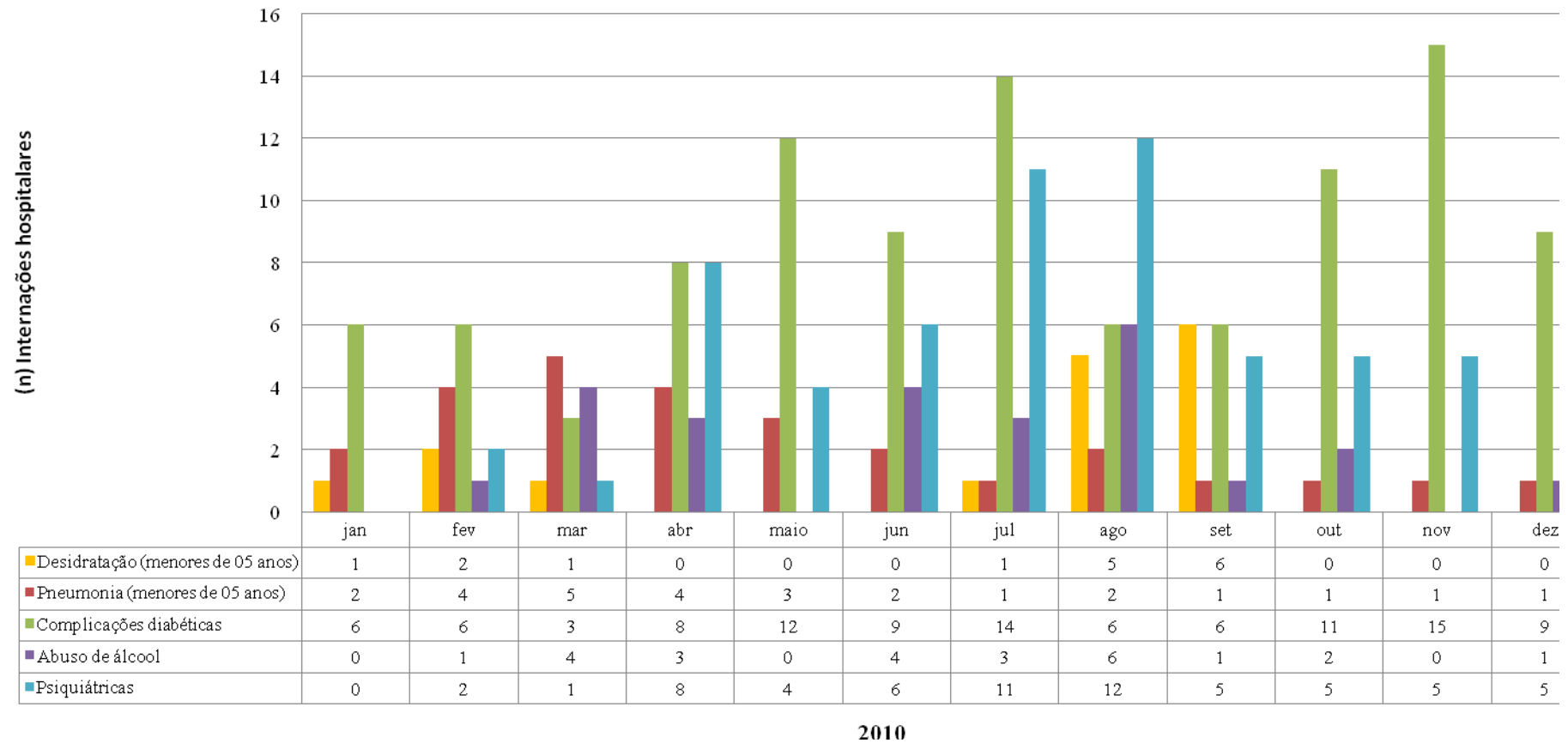


Figura 7. Distribuição das internações hospitalares cadastradas nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.

diagnosticadas e tratadas na atenção primária, ou seja, se a atenção primária for resolutiva. Esse indicador pode avaliar a qualidade da atenção, as linhas de cuidado, verificando elementos estruturais e de processo de trabalho das unidades e equipes de saúde da família (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Essas internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial resultam de um conjunto de condições que, quando devidamente tratadas pelo serviço básico de saúde, não deveriam exigir hospitalização. Um atendimento ampliado e resolutivo na área da saúde, através do fortalecimento das práticas de atenção pelas Equipes de Saúde da Família deve ser empregado, a fim de evitar a ocorrência de internações que possam ser controladas pela atenção ambulatorial, buscando melhorar estado de saúde das pessoas (CAMARGO, 2010).

5.7.Acompanhamento da Mortalidade

Em relação aos óbitos, observa-se que a média anual para 2010 em menores de 28 dias foi de 0,5, de 28 dias a 11 meses foi de 0,16, óbitos femininos de 15 a 49 anos foi de 1,16 enquanto óbito por outras causas obteve média de 24,66 óbitos/ano (FIG 8). A mortalidade infantil no Brasil modificou-se a partir do século XXI com a queda de 31,9 em 1997 para 24,11 em 2003 (GOULART; VIANA, 2008). A taxa de mortalidade infantil é dividida em dois períodos: Neonatal, estima o risco nos 27 primeiros dias e a pós-neonatal de 28 dias até o final do primeiro ano de vida. A mortalidade neonatal reflete as condições da gestação, parto e integridade física da criança e a pós-neonatal está associada ao meio ambiente, às condições socioeconômicas, predominando as causas infecciosas como a diarreia, a pneumonia e desnutrição (CALDEIRA *et al*, 2005; MINAS GERAIS, 2005).

A atenção primária objetiva uma atenção programada à saúde da criança buscando melhorar a qualidade de vida. Estudo realizado em 2011, no Distrito Federal, concluiu que houve redução da mortalidade infantil com a ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família (MAFRA, 2011). A taxa de mortalidade materna reflete a qualidade da prestação de serviços à saúde da mulher, desde o planejamento familiar, assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério (OPAS, 2008). A morte materna acontece por causas evitáveis em 90% dos casos. As principais causas são infecções, hipertensão arterial e hemorragias, todas preveníveis. A ESF deve estar atenta e vigilante em relação aos sinais de risco das gestantes (COELHO; PORTO, 2009).

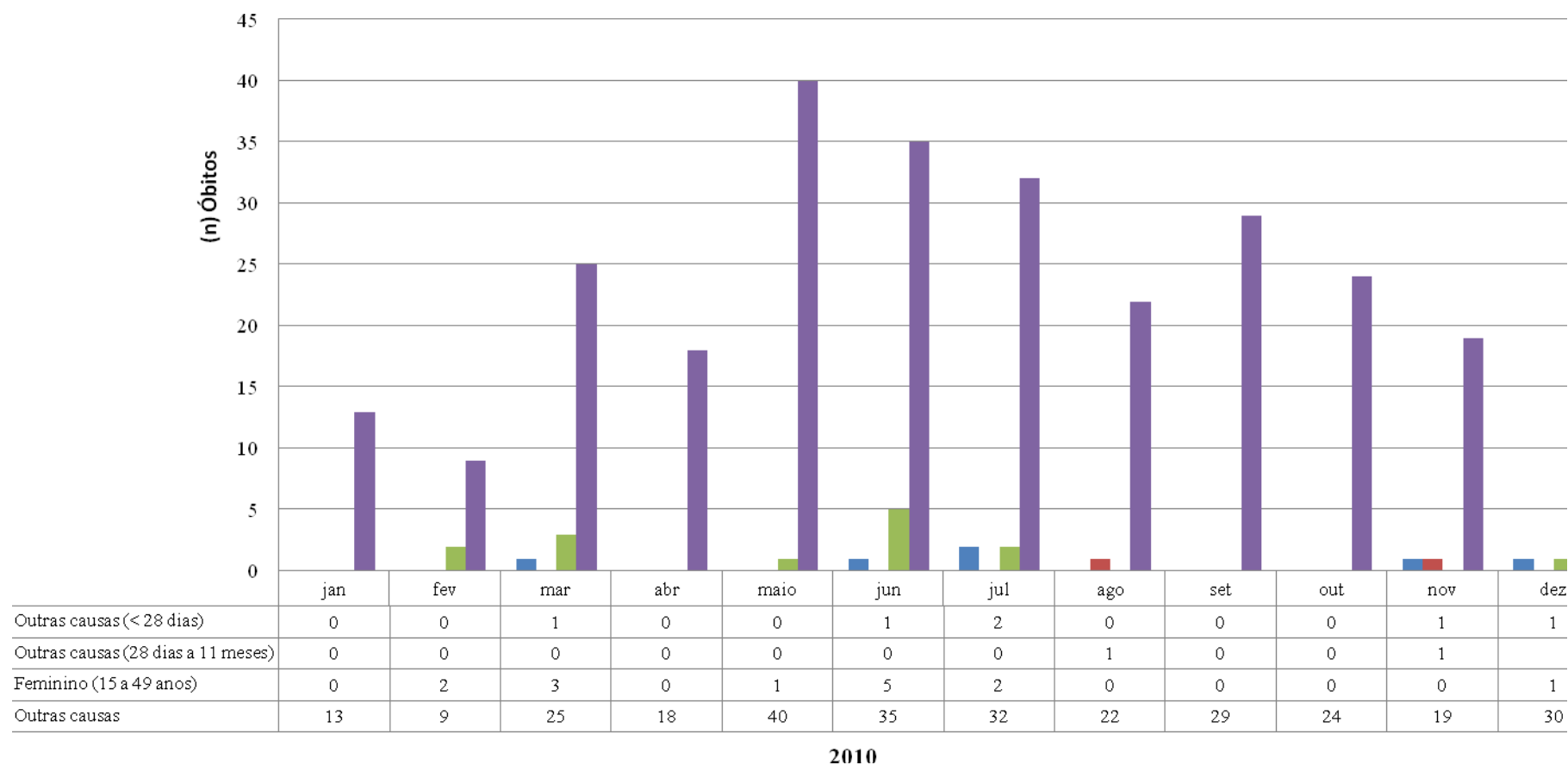


Figura 8. Distribuição dos óbitos conforme cadastros nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.

Acrescenta-se ainda que o incentivo ao aleitamento materno, a assistência ao pré-natal, atenção ao recém-nascido e aos menores de cinco anos, prevenção e manejo das doenças infecciosas, através da educação em saúde, imunização de gestantes e crianças, indicação do TRO, são intervenções que conformam a atenção básica à assistência ao grupo materno-infantil. Prevenindo óbitos precoces (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2008).

Pesquisas recentes demonstram aumento da mortalidade feminina devido às mudanças no hábito de vida desta população (FAÚNDES; PARPINELLI, CECATTI, 2000). Em pesquisa realizada sobre morte materna em capitais brasileiras, o autor verifica que as causas de morte de mulheres em idade férteis mais importantes são, entre outras, os acidentes vasculares cerebrais, a AIDS, causas externas, câncer de mama e de útero (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2004). Sendo assim, novamente nos deparamos com agravos à saúde que fazem parte da agenda programada da atenção primária à saúde, foco de vigilância e acima de tudo, o controle das doenças sensíveis à atenção ambulatorial.

5.8. Acompanhamento Hipertensos e Diabéticos

O mês de maior número de cadastros de hipertensos foi em outubro (8.914 pessoas) e diabéticos em agosto (2.129 diabéticos). O mês com menor número de cadastrados hipertensos -foi fevereiro (4522) e diabéticos é janeiro (1004). Houve aumento considerável de cadastramento de hipertensos e diabéticos entre os meses de fevereiro-março e março-abril (FIG. 9).

A média anual de hipertensos acompanhados é de 85,2%, sendo o mês de maior acompanhamento abril (92,0%) e o de menor agosto (75,1%). A média anual de diabéticos acompanhados é de 86,5%, sendo o mês de maior acompanhamento abril (93,0%) e o menor agosto (76,3%).

As Doenças Crônicas não transmissíveis são de etiologia multifatorial e possuem fatores de risco modificáveis como o tabagismo, o sedentarismo, a alimentação inadequada, a obesidade e a dislipidemia. Estes estão associados ao aumento da incidência, controle e progressão destas doenças, devendo fazer parte da abordagem integral dos pacientes portadores (MINAS GERAIS, 2006a).

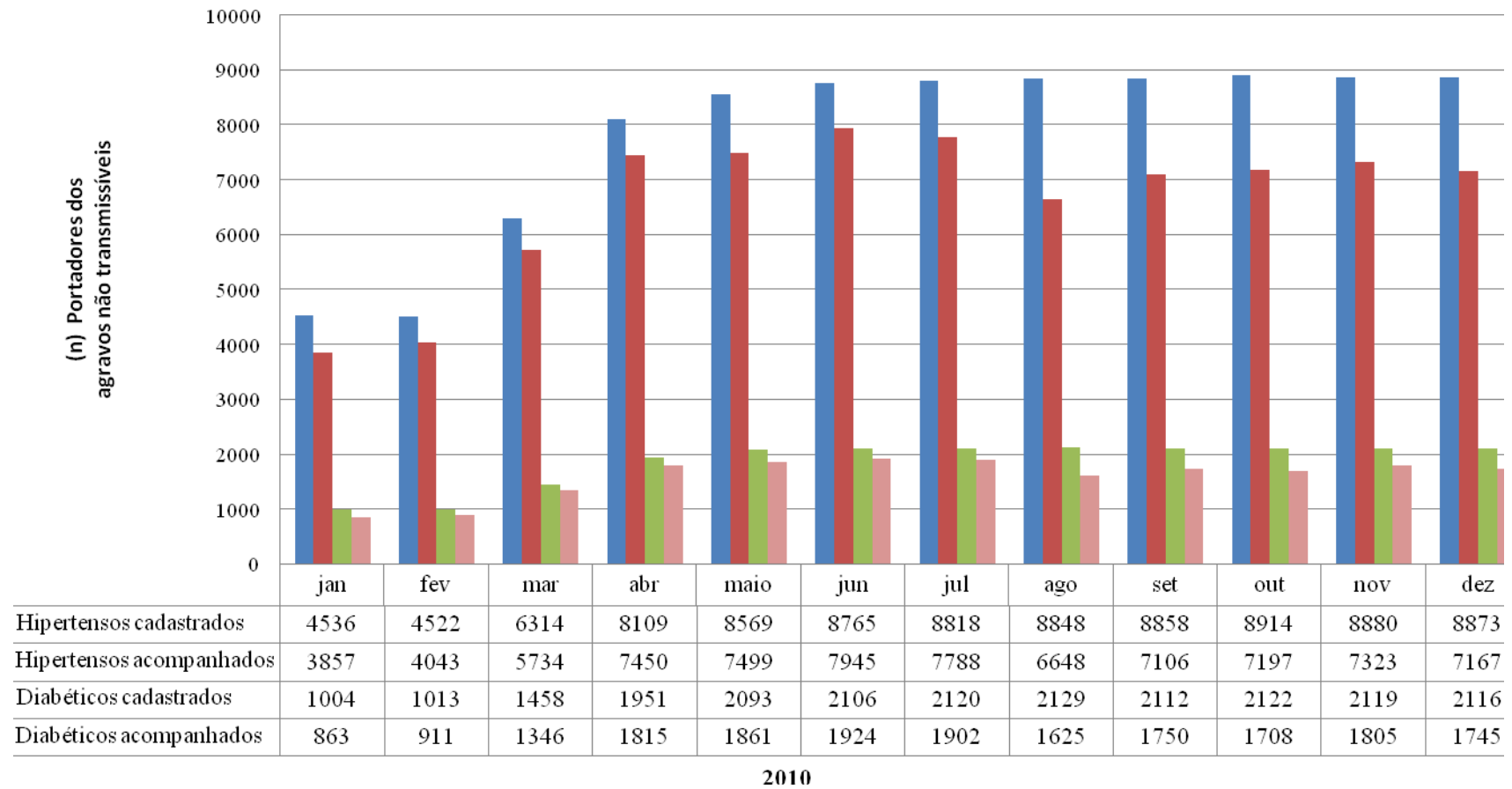


Figura 9. Distribuição dos agravos Hipertensão e Diabetes conforme cadastros nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.

Segundo estudos epidemiológicos as doenças cardiovasculares seriam uma causa rara de morte na ausência dos principais fatores de risco. Sendo assim, a ESF, para prevenção desses agravos devem controlar os fatores de risco como o tabagismo, inatividade física, má alimentação, obesidade, consumo de sal e de bebidas alcoólicas, fazendo a detecção e o tratamento precoce, atuando na redução das complicações e mortalidade associadas a estas doenças (MINAS GERAIS, 2006a). Portanto, recomenda-se que a ESF, faça o monitoramento contínuo dos hipertensos e diabéticos, visando o controle dessas patologias, prevenindo as complicações e internamentos por meio da adesão ao tratamento.

Para a organização deste processo de trabalho segue os parâmetros mínimos de atendimento: 100% dos hipertensos e diabéticos identificados e cadastrados, realizar primeira consulta médica para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados, grupos educativos/operativos para 100% dos hipertensos e diabéticos conforme sua classificação, consulta complementar de enfermagem para 100% dos hipertensos e diabéticos que participaram dos grupos educativos/operativos, consulta médica e de enfermagem para 100% dos hipertensos e diabéticos sempre levando em consideração o atendimento programado dos indivíduos de maior risco, visando garantir a equidade (MINAS GERAIS, 2006a).

5.9. Acompanhamento portadores de Tuberculose ou Hanseníase

O mês de maior número de cadastros de tuberculosos foi junho (4) e dezembro (4) e de hanseníase foi dezembro (7), sendo todos acompanhados durante o ano. Minas Gerais tem como objetivo eliminar e manter a taxa de prevalência de hanseníase em 1 caso para cada 10.000 habitantes. Nos últimos anos o estado tem detectado 3000 novos casos por ano, sendo necessária a descentralização e vigilância deste agravo. Em relação às medidas de promoção e prevenção à saúde na hanseníase faz-se necessário a mobilização social e educação para a população, os contatos e os profissionais da saúde; detecção e tratamento precoce da doença e o controle de contatos (MINAS GERAIS, 2006 c).

A ESF deve realizar ações de controle de responsabilidade da atenção básica. São elas: divulgação de sinais e sintomas/campanhas, tratamento, vigilância de contatos, avaliação do grau de incapacidade e avaliação neurológica simplificada, orientações e autocuidados. Além disso, a ESF deve organizar seu processo de trabalho pela programação local, onde há identificação dos casos; vigilância, tratamento, acompanhamento de todos os contatos dos

casos novos; prevenção, redução ou manutenção do grau de incapacidade no momento da alta, com relação ao diagnóstico e alta e acompanhamento do pós-alta (MINAS GERAIS, 2006c).

Entre os 22 países responsáveis por 80,0% dos casos de tuberculose, o Brasil ocupa 16ª posição, possuindo a incidência de 43,8/100 mil habitantes. As políticas públicas atualmente consideram a atenção básica como responsável pelo Programa de Controle da Tuberculose. (MONROE *et al*, 2008).

Considerando que a única maneira de reduzir a incidência da tuberculose é detectar 70,0% dos casos e curar 85,0% destes, é necessário conscientizar a população, buscando parcerias com os diversos atores sociais de forma a promover comportamentos saudáveis, treinamento dos profissionais de saúde e integração dos sistemas de serviços de saúde. O eixo estratégico da prevenção da tuberculose é a atenção primária por meio de intervenções individuais, como, descoberta de casos e tratamento, vacinação BCG, quimioprevenção e intervenções gerais como educação em saúde e medidas de biossegurança (MINAS GERAIS, 2006d).

A ESF para organização do seu processo de trabalho deve realizar consulta médica para todos os sintomáticos respiratórios, realizar consultas médica e de enfermagem para 100% dos tuberculosos e realizar consulta médica para todos os contatos de adultos com tuberculose pulmonar (MINAS GERAIS, 2008).

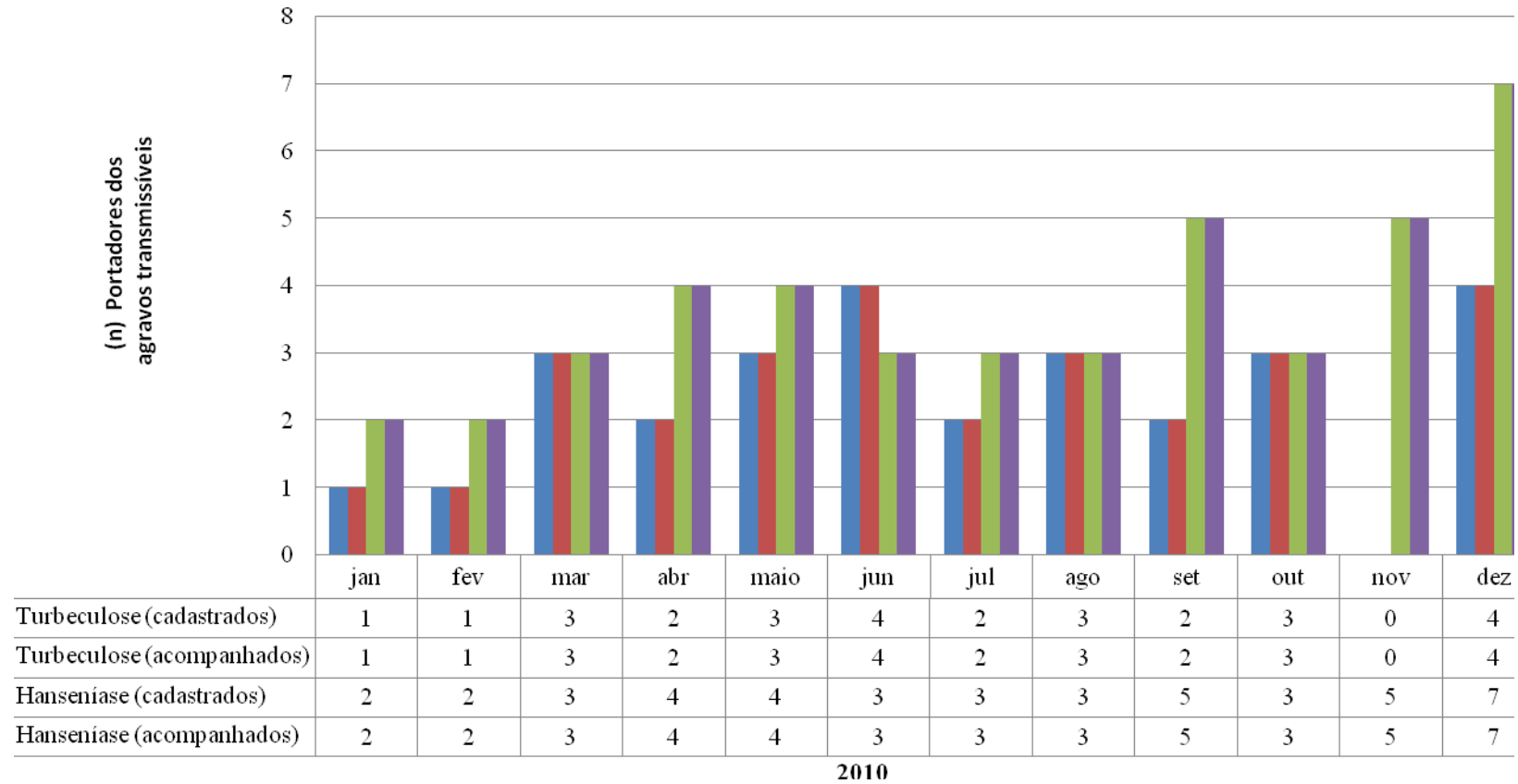


Figura 10. Distribuição dos agravos Tuberculose e Hanseníase conforme cadastros nas equipes Saúde da Família de Araxá-MG, 2010.

6. CONCLUSÃO

A utilização do SIAB para análise da situação de saúde revelou as condições que se encontravam na população acompanhada pela ESF, no município de Araxá-MG em 2010. A cobertura foi 58,5%, perfazendo **54.856** pessoas cadastradas entre 11 equipes. Foram realizadas em média 0,83 visitas domiciliares/mês para as famílias cadastradas. Em relação aos grupos de risco, chama atenção aumento do número de gestantes menores de 20 anos cadastradas e o início tardio do acompanhamento Pré-Natal. Apresentaram baixo peso ao nascer 10,6% dos neonatos acompanhados. O aleitamento materno exclusivo prevaleceu entre 83,0% das crianças menores de 4 meses. A percentagem de menores de um ano com vacina em dia foi 85,0% e de 12 meses a 23 meses, 86,0%. Entre os menores de dois anos, apenas 55,0% dessas crianças apresentaram pesagem mensal.

Quanto às internações hospitalares prevaleceram as por complicações diabéticas, seguida pelas psiquiátricas e de menores de 05 anos por Pneumonia. A maior ocorrência de mortalidade esteve relacionada a demais causas que não a materno-infantil. No período estudado, em torno de 80% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados foram acompanhados. Sobre os portadores de tuberculose ou hanseníase, todos cadastrados foram acompanhados, com média de 3 casos ao mês.

Entre suas atribuições de promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos, na prática da ESF todos os membros da equipe de saúde exercem atividades de coleta de dados e informações de cunho epidemiológico, no acompanhamento e monitoramento da saúde da população cadastrada. Essas informações têm como potencial a capacidade de descrever a realidade socioeconômica, sanitária e demográfica, a situação de adoecimento e morte da população adscrita às equipes de saúde.

O manejo adequado desses dados possibilita organizar acervo de informações que direcionam a atenção aos grupos de riscos e promovam melhor acompanhamento, avaliação das ações de saúde desenvolvidas. Fato que facilita a microlocalização dos problemas em saúde, permitindo a melhor gestão local das ações e da equidade da atenção.

De forma geral, compreender o perfil de saúde-doença dos agregados territoriais, seus condicionantes e determinantes, apresenta-se como prioridade no SUS para o estabelecimento

das ações programáticas em saúde, orientação dos serviços e alocação de recursos. Com isso, SIAB como ferramenta norteadora do processo de trabalho das equipes de ESF ampara-se na identificação das condições de saúde individual e coletiva, no intuito de fortalecer a operacionalização dos princípios do SUS nos cenários de assistência.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, L.M. **O Impacto do Programa Saúde da Família na redução da mortalidade infantil em municípios brasileiros**. Porto Alegre, 2008. Disponível: <http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/MESA_REDONDA_21_09_15H45_pdf>
- BITTAR, T.O.; MENEGHIM, M.C.; MIALHE, F.L.; FERREIR, A.C.; FORNAZARI, D.H. O sistema de informação da atenção básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**. v.14, n.1, p.77-81. 2009
- BLOCH, K.V.; COUTINHO, E.S.F. **Fundamentos da Pesquisa Epidemiológica**. In.: Medronho, RA et al. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.p173-179
- BRASIL. **Constituição Federal do Brasil, 1988**. Título VIII – da Ordem Social, Capítulo II – Seção II da Saúde – Arts 196, 197, 198(Parágrafo único – EC 29); [Internet] [acesso em 2011 maio 20]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/legislacao_det.php?co_legislacao=2>
- BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências [Internet]. Brasília(DF):1990. [acesso em 2011 maio 20]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. 3 ed. Brasília, DF, 2006. 160 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial** [Internet]. Brasília(DF):1997. [acesso em 2011 maio 20]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16pdf>
- BRÊDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n.2, p.471-480, 2001.
- CALDEIRA, A.P.; FRANÇA, E.; PERPETUO, I.H.O.; GOULART, E.M.A. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Revista de Saúde Pública**. v.39, n.1, p.67-74, 2005.
- CIAMPO, L.A.D.; RICCO, R.G.; DANELUZZI, J.C.; CIAMPO, I.R.L.; FERRAZ, I.S.; ALMEIDA, C.A.N. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciencia & Saúde Coletiva**. v. 11, n.3, p.739-743, 2006.
- COELHO, R.C. **Estado, governo e mercado**. Florianópolis: Departamento de Ciências e Administração/ UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2009. 116p.
- COELHO, S.; PORTO Y.F. **Saúde da Mulher**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 115p.

DITTERICH, R.G.; GABARDO, M.C.L.; MOYSÉS, S.J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de saúde da família de Curitiba, PR. **Saúde e Sociedade**. v.18, n. 3, p.515-524. 2009.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.11, n.4, p.633-647, 2008.

FAÚNDES, A.; PARPINELLI, M.A.; CECATTI, J.G. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985 – 1994). **Caderno de Saúde Pública**. v.16, n.3, p.671-679, 2000.

FARIA, H.P.; COELHO, I.B.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed. 2010. 68p.

FARIA, H.P.; WERNECK, M.A.F.; SANTOS, M.A. **Processo de trabalho em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed. 2010. 68p.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas Comuns na Amamentação e seu Manejo. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.80, p. S147 – S154. 2004.

KLEIN, C.H.; BLOCH, K.V. **Estudos Seccionais**. In.: Medronho, RA *et al.* Epidemiologia.São Paulo: Editora Atheneu, 2009.p193- 219.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um setor de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**.v.7, n.4, p.449-460, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento nacional de auditoria do sus Coordenação de sistemas de informação sistema único de saúde. **Portaria n. 3925, de 13 de novembro de 1998**. Regulamenta o processo de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica à Saúde. [acesso em 2011 ago 20]. Disponível em : <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pab/GM_P832_99prog_pab.doc.>.

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS.. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília (DF): 2003. [acesso em 2011 ago 27]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf

CAMARGO, F.A. **A importância das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial como indicador do acesso e qualidade da atenção primária**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Governador Valadares, 2010. 39 f.Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).

GOULART, L.M.H.F; VIANA, M.R.A. **Saúde da Criança e do Adolescente: Agravos Nutricionais**. 1 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 96p.

MAFRA, F. **O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil.** Dissertação (mestrado). Universidade de Brasília, 2011.

MAIA, L.D.G.; CORRÊA, J.P.R.; LOPES, A.C.F.M.M.; NETO, J.F.R. Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o Planejamento das ações pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros (MG). **Revista Baiana de Saúde Pública.** v.34, n.2, p.359-370, 2010.

MINAS GERAIS.Secretaria do Estado de Saúde. Linha –Guia. **Atenção à Saúde da Criança.** 1 ed. Belo Horizonte, MG, 214p., 2005.

MINAS GERAIS.Secretaria do Estado de Saúde. Linha –Guia. **Atenção à Saúde do Adulto Hipertensão e Diabetes.** 1 ed. Belo Horizonte, MG, 198p., 2006 a.

MINAS GERAIS.Secretaria do Estado de Saúde. Linha –Guia. **Atenção em Saúde Mental.** 1 ed. Belo Horizonte, MG, 238p.,2006b.

MINAS GERAIS.Secretaria do Estado de Saúde. Linha –Guia. **Atenção à Saúde do Adulto Hanseníase.** 1 ed. Belo Horizonte, MG, 62p. 2006c.

MINAS GERAIS.Secretaria do Estado de Saúde. Linha –Guia. **Atenção à Saúde do Adulto Tuberculose.** 1 ed. Belo Horizonte, MG, 144p. 2006d.

MINAS GERAIS.Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde:** Programação Local e Municipal. Belo Horizonte, MG, 2008a. 94p.

MINAS GERAIS.Secretaria Estadual De Saúde De Minas Gerais. **Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011.** Belo Horizonte, MG., 2008b. 164 p.

MONROE, A.A.; GONZALES, R.I.C.; PALHA, P.F.; SASSAKI, S.M.; NETTO, A.R.; VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S. Envolvimento de equipes de Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose .Revista de enfermagem da Universidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.42, n.2, p.262-267, 2008.

MORAES, R. Estado, Mercado e outras instituições Reguladoras. **Lua Nova -** n° 58. p. 121-140, 2003

OLIVEIRA, Q.C.; CORRÊA, A.C.P.; LIMA, A.P.; TEIXEIRA, R.C.; PEDROSA, I.C.F. Sistema de informação da atenção básica – situação de saúde de um município de mato grosso. **Ciencias, Cuidado & Saúde.** v. 9, n.1, p.36-43, 2010.

OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S. Trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá- Paraná. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v.41, n.1, p.65-72, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil:** Conceitos e Aplicação. 2 ed. Brasília, DF, 2008. 350p.

- PAULA, C.G.; BOCCOLINI, C.S.; SILVA, A.A.M.; BACELO, A.C.; CARDOSO, F.T.; CAPELLI, J.C.S. *et al.* Baixo Peso ao Nascer: fatores socioeconômicos, assistência pré-natal e nutricional. **Revista do Centro Universitário de Augusto Mota**. v. 14, n. 29, p.54-65; 2010
- PEREIRA, J.R.; JULIANO, Y; ARMOND, J.E.; NOVO, N.F. Caracterização de comunidade rural do sul da Bahia: a importância do Programa Saúde da Família na identificação e conhecimento de agravos de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.34, n.1, p.134-145, 2010.
- RADIGONDA, B.; CONCHON, M.F.; CARVALHO, W.O.; NUNES, E.F.P.A. Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização pela Equipe de Saúde da Família: Uma Revisão Integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**. v.12, n.1, p.38-47, 2010.
- REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, 403p.
- ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.13, n.6, p. 1027-34, 2005.
- SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.187-192, 2000.
- SILVA, S.A.; OLIVEIRA, N. Diagnóstico de saúde de uma população atendida pelo programa saúde da família em Alfenas/MG. **Revista Atenção Primária em Saúde Juiz de Fora**. v.15, n.2, p.182-189, 2010.
- SIQUEIRA, E.A. **Sistema de informação da atenção básica**: instrumento de diagnóstico e planejamento. 64f.[Monografia]. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação e Saúde Coletiva (NESCON) .Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). 2010