

FABIANA BRITO SILVA

**IMPACTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA POPULAÇÃO DE
UBERABA/MG, 2006 A 2009.**

**UBERABA - MG
2011**

FABIANA BRITO SILVA

**IMPACTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA POPULAÇÃO DE
UBERABA/MG, 2006 A 2009.**

Trabalho de Conclusão do 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: Prof^a. Dr^a. Sybelle de Souza Castro Miranzi

**UBERABA - MG
2011**

RESUMO

Introdução: O Sistema Único de Saúde institui a responsabilidade de Estados e Municípios nas ações de controle e avaliação, para identificar distorções, rever planejamentos e organização dos serviços de saúde. Deve ser um processo sistemático buscando analisar o impacto de determinadas ações para garantir a qualidade da atenção à saúde tendo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como ferramenta potencial para o acompanhamento e para o planejamento local dos serviços de saúde. **Objetivo:** o presente estudo teve por objetivo descrever o diagnóstico de saúde da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Uberaba/MG, no período de 2006 a 2009, com base no SIAB. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo, de um município de médio porte, por meio da relação de indicadores demográficos e indicadores da atenção prestada nas áreas de abrangências das 47 ESF urbanas e rurais através de dados secundários do SIAB coletados entre 2006 e 2009. Utilizou-se estatística descritiva dos dados e as categorias propostas pelo SIAB. As categorias contempladas foram: Cadastramento Familiar, Situação de Saneamento, Situação de Saúde, Produção e Marcadores. **Resultados:** apresentou-se aumento na cobertura populacional e condições sanitárias, redução de casas de material aproveitado. Declínio médio dos indicadores de gestantes como acompanhamento, pré-natal e vacinação. Houve aumento de aleitamento materno exclusivo e pesagens, porém redução de vacinação em dia e aumento de baixo peso ao nascer. Houve redução de doenças referidas e nos acompanhamentos das condições porém, aumento de consultas, atendimentos, exames e encaminhamento, com redução de internações, eventos sentinela e óbitos. **Conclusão:** Onde há a implantação da ESF, de um modo geral, há melhoria nos indicadores de saúde, mostrando a necessidade ser este o eixo norteador das ações em saúde. Reforça-se a necessidade de avaliação contínua dos serviços e das estratégias para que melhorem os indicadores e a qualidade da atenção em saúde.

Descritores: Saúde da Família, Epidemiologia, Avaliação; Sistema de Informação; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Introduction: The united health system establishes the responsibility of states and municipalities in control activities and assessment to identify distortions, review planning and organization of health services. It should be a systematic process to analyze the impact of certain actions to ensure the quality of health care with the Primary Care Information System (PCIS) as a potential tool for monitoring and planning of local health care services. **Objective:** Analyze data gathered by the Family Health Strategy (FHS) and entered into PCIS. **Method:** This is a retrospective descriptive study of the FHS serving a medium-sized city. We investigated demographic and health care indicators in the areas covered by 47 urban and rural FHS using secondary data collected from the PCIS between 2006 and 2009. The categories are as proposed by PCIS: Family Registry, Sanitation Situation, Health Care Situation, Production and Markers. **Results:** Showed an increase in population coverage and health conditions, lower house of material used. Average decline of indicators and monitoring pregnant women, prenatal care and immunization. There was an increase in exclusive breastfeeding and weight measurements, but reducing immunization days and increased low birth weight. There was a reduction of disease and the accompaniments of these conditions but increased consultations, appointments, exams and referrals, with a reduction in hospitalizations, sentinel events and deaths. **Conclusion:** It appears that where the ESF is implemented, in general, there is an improvement in health indicators, showing the need this to be the guiding program for health care actions. There is a need for continuous evaluation of services and strategies to improve health indicators and health care quality.

Descriptors: Family Health, Epidemiology, Evaluation, Information System, Primary Health Care

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide Etária do Município de Uberaba-MG, 2006.....	21
Figura 2 - Mortalidade Hospitalar Proporcional na faixa de 15 a 80 anos e mais, Uberaba-MG, 2008.	22
Figura 3 –Distribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Uberaba em 2009.....	28
Figura 4 – Distribuição do número de famílias e pessoas acompanhadas pela ESF, segundo ano, Uberaba - MG.	35
Figura 5 – Distribuição da população cadastrada na ESF do sexo feminino por faixa etária, segundo ano, Uberaba – MG, 2006 a 2009.	36
Figura 6 – Distribuição da população cadastrada na ESF do sexo masculino por faixa etária, segundo ano, Uberaba – MG, 2006 a 2009.	36
Figura 7 - Taxa Bruta de Natalidade entre 2006 e 2009, Uberaba-MG.	41
Figura 8 – Frequência de Condições Referidas em menores de 14 anos, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	42
Figura 9 – Frequência das Condições Referidas em 15 anos ou mais, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	43
Figura 10 – Distribuição Proporcional de Atendimentos Individuais por Profissional de nível Superior, Uberaba- MG, 2006 a 2009.	47
Figura 11 – Distribuição Proporcional de Atendimento em Grupos e Reuniões realizadas pelas equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	48
Figura 12 – Distribuição Proporcional das Visitas Domiciliares realizadas por Agente Comunitário de Saúde, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	49
Figura 13 – Número de Óbitos em adolescentes por violência, Uberaba-MG, 2006 a 2009...51	
Figura 14 – Taxas de Mortalidade em mulheres em idade fértil por faixa etária, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- População Residente por Faixa Etária e Sexo do Município Uberaba-MG, 2009... 21	21
Tabela 2 - Informações sobre Nascimentos de Uberaba-MG, de 1997 a 2006. 22	22
Tabela 3 - Indicadores de Mortalidade de Uberaba-MG, de 2000 a 2006. 23	23
Tabela 4 - Indicadores do Financiamento do Município de Uberaba-MG, de 2004 a 2007. 23	23
Tabela 5- Evolução do Cadastramento das Equipes de ESF, segundo ano, Uberaba - MG, 2006 a 2009 25	25
Tabela 6- Número de Agentes Comunitários de Saúde, segundo ano, Uberaba - MG, 2006 a 2009. 26	26
Tabela 7- Frequência das Equipes de Saúde Bucal da ESF, segundo ano, Uberaba - MG, 2006 a 2009. 26	26
Tabela 8 – Razão de sexo na população cadastrada segundo ano, Uberaba – MG, 2006 a 2009. 37	37
Tabela 9 – Indicadores de Escolaridade segundo ano, Uberaba – MG, 2006 a 2009. 37	37
Tabela 10 – Distribuição proporcional do Tipo de Abastecimento de Água da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009. 37	37
Tabela 11 – Distribuição Proporcional do Tipo de Tratamento de Água no domicílio da população cadastrada na ESF, em Uberaba-MG, nos anos de 2006 a 2009..... 38	38
Tabela 12 – Distribuição Proporcional do Tipo de Tratamento de Esgoto no domicílio, da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009. 38	38
Tabela 13 – Distribuição Proporcional por Tipo de Destino do Lixo por domicílio, da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009. 38	38
Tabela 14 – Diferença das Proporções dos Indicadores de Saneamento Básico, da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009. 39	39
Tabela 15 – Frequência do Tipo de Casa da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009. 39	39
Tabela 16 – Frequência e Porcentagem de Casas com Energia Elétrica , da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009. 39	39
Tabela 17 – Cobertura por Plano de Saúde, da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009. 40	40
Tabela 18 – Distribuição Proporcional de gestantes com consultas pré-natal no mês, com início no 1º trimestre e com vacina em dia, nas áreas cobertas pela ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009. 40	40

Tabela 19 - Situação da Pesagem ao Nascer dos Nascidos Vivos da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	41
Tabela 20 – Distribuição Proporcional da Situação de saúde das Crianças < 01 ano em relação à vacinação, peso, alimentação e nutrição, da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	41
Tabela 21 - Distribuição Proporcional da Situação de saúde das Crianças < 02 anos em relação à vacinação, peso, nutrição, diarreia, TRO e IRA na população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	42
Tabela 22 – Distribuição Proporcional de Usuários com Diabetes, Hanseníase e Tuberculose Cadastrados e Acompanhados, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	43
Tabela 23 – Distribuição Proporcional de Hipertensos Cadastrados e Acompanhados, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	44
Tabela 24 – Frequência de Hipertensos Cadastrados, Acompanhados e população total cadastrada, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	44
Tabela 25 – Distribuição Proporcional de Consultas Médicas por Faixa Etária das Equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	45
Tabela 26 – Frequência de Consultas Médicas Total das Equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	45
Tabela 27 – Distribuição Proporcional do Tipo de Atendimento das Equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	45
Tabela 28 – Frequência de Solicitação médica de exames complementares, pelas Equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	46
Tabela 29 – Frequência de Encaminhamentos médicos realizados, pelas Equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	46
Tabela 30 – Frequência de Procedimentos Realizados pelas Equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	47
Tabela 31 – Distribuição Proporcional de Visitas Domiciliares realizadas pela Equipe da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	48
Tabela 32- Frequência dos Marcadores de saúde, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	49
Tabela 33- Frequência e Taxas (por 10.000 habitantes) dos Marcadores de Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e Fratura de Colo de Fêmur a cada mil na faixa etária, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	49
Tabela 34- Hospitalizações Informadas pela Equipe da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	50

Tabela 35- Hospitalizações e Marcador de Pneumonia em menores de cinco anos, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	50
Tabela 36- Óbitos informados em menores de um ano por faixa etária e causa, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	50
Tabela 37- Coeficientes de Mortalidade Infantil, Pós-Neonatal e Neonatal, Uberaba-MG, 2006 a 2009.	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD – Auxiliar de Cirurgião Dentista
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CAPS/AD – Centro de Atenção Psicossocial / Álcool e Drogas
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CRIA – Centro de Referência da Infância e da Adolescência
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
DAB – Diretoria da Atenção Básica
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DS – Distrito Sanitário
ESF – Estratégia de Saúde da Família
eqESF – equipe da Estratégia de Saúde da Família
FPB – Farmácia Popular do Brasil
GES - Gestante
HAN – Hanseníase
HAS – Hipertensão
MG – Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDAPS – Plano Diretor da Atenção Primária
PSF – Programa da Saúde da Família
RELSP – Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública
SB – Saúde Bucal
SAI/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel em Urgência
SE – Serviço Especializado
SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIAB – Sistema de informação da Atenção Básica
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SIPACS – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TB – Tuberculose
UER – Unidade Especializada em Reabilitação
UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UMS – Unidades Matriciais de Saúde
UNIUBE – Universidade de Uberaba
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
US – Unidade de Saúde
USB – Unidades Básicas de Saúde
USF – Unidades de Saúde de Família
URS – Unidades Regionais de Saúde

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA	15
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1. A Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Saúde.....	16
3.2. A Estratégia de Saúde da Família.....	17
3.3. O Sistema de Informação da Atenção Básica.....	18
3.4. Caracterização do Município de Uberaba – MG	21
3.5. Caracterização da Rede de Atenção à Saúde de Uberaba-MG.....	23
3.6. Caracterização da Atenção Primária à Saúde de Uberaba -MG.....	25
4. OBJETIVOS	30
4.1. Objetivo Geral	30
4.2. Objetivos Específicos	30
5. METODOLOGIA.....	31
5.1. Delineamento do estudo	31
5.2. Local de estudo	31
5.3. Período de estudo	31
5.4. Fonte de dados	31
5.5. Variáveis de estudo.....	32
5.6. Análise dos dados	33
5.7. Aspectos Éticos	34
6. RESULTADOS	35
6.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DE UBERABA-MG COM BASE NO SIAB, 2006 A 2009. 35	
6.1.1. Cadastramento Familiar	35
6.1.2. Situação de Saneamento	37
6.1.3. Situação de Saúde	40
6.1.4. Produção e Marcadores.....	44
7. DISCUSSÃO	53
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59
ANEXOS	62

Anexo I – Ficha A	62
Anexo II – Ficha PMA2	64
Anexo III – Ficha PMA2	65
Anexo IV – Autorização do Gestor Municipal.....	67

1. APRESENTAÇÃO

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) que, enquanto política pública de saúde, está norteada pelos princípios da integralidade, universalidade, aumento da equidade e a incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), na trajetória da construção do SUS, muitos avanços ocorreram. Contudo, alguns desafios necessitam ser enfrentados, entre os quais se destacam: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a fragmentação da rede assistencial; a formação dos profissionais de saúde afastado do debate e da formulação da política pública de saúde e o controle frágil dos processos de atenção e gestão do SUS. Tais desafios somados a necessidade de expandir as ações de vigilância em saúde tem imposto urgência de se estabelecer rotinas efetivas de avaliação e monitoramento das ações em saúde.

A vigilância à saúde para MENDES (1993, p. 159) configura-se como:

Prática sanitária informada pelo modelo epidemiológico, que articula, sob forma de operações, um conjunto de processos de trabalho relativos à situação de saúde a preservar, riscos, danos e seqüelas, incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos (creches, escolas, fábricas), grupos sociais e meio ambientes, normalmente dispersos em atividades setorializadas em programas de saúde pública, na vigilância sanitária, na vigilância epidemiológica, na vigilância nutricional e alimentar, no controle de vetores, na educação para a saúde, nas ações sobre o meio ambiente, com ações extra-setoriais, para enfrentar problemas contínuos num determinado território, especialmente ao nível de microárea.

Especificamente a área da vigilância epidemiológica constitui num dos pilares da promoção em saúde, oferecendo possibilidades de um diagnóstico territorializado e adequado à cada situação peculiar de saúde de uma determinada área adscrita, bem como oferecendo instrumentos de monitorização permanente da situação de morbidades e mortalidade bem como das condições de saúde e ambiente de cada população e possibilitando um planejamento adequado e coerente.

Este também é um pilar que embasa a Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Criada em 1994, primeiramente como programa e passando a estratégia norteadora em 2006, propõe-se a desenvolver essas atividades territorializadas por meio de equipes multiprofissionais que atuam na assistência, prevenção e promoção da saúde como forma de reverter os indicadores de saúde da população sob sua responsabilidade.

Este trabalho tem a finalidade de abrir o debate sobre as perspectivas da avaliação no âmbito da Estratégia Saúde da Família, assim apresenta-se um perfil da situação de saúde do município de Uberaba – MG a partir de dados levantados no Sistema de Informação da

Atenção Básica (SIAB) disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tendo como objetivo analisar a situação de saúde de Uberaba-MG a partir dos indicadores de atendimento produzidos pelo SIAB entre 2006 e 2009. Posteriormente os dados foram organizados segundo as categorias propostas pelo próprio SIAB e ações estratégicas desenvolvidas e analisados à luz da literatura e estatística descritiva.

2. JUSTIFICATIVA

O interesse para a realização deste trabalho está embasado em razões de ordem profissional e intelectual, nesse sentido procurou-se sistematizar uma análise descritiva que enfatiza um imperativo direcionamento para a avaliação da Estratégia Saúde da Família, apontando para a necessidade de análise sistemática de indicadores de monitoramento das ações relacionadas. Respeitando as especificidades que devem ser reconhecidas na aproximação e utilização das metodologias avaliativas, tendo em vista a amplitude e complexidade dos dispositivos e ações propostos no âmbito da Política de Atenção Básica, como também fazer uma breve revisão de conceitos e componentes englobados na área de Monitoramento e Avaliação.

Conhecer as características da área de abrangência de atuação permite que as equipes da ESF, direcionem de forma mais eficaz as suas ações. Devendo estar atento, através da vigilância constante das ações propostas e realizadas, ao monitoramento e avaliação da qualidade em todos os seus atributos.

Na prática diária comumente verifica-se o conflito entre o assistencialismo anterior e as prerrogativas do modelo adotado, apesar de conceitualmente o foco do processo de trabalho ser a promoção da qualidade de vida, a realidade diária das ações mostra-se muitas vezes diferente.

Qualidade de vida essa que dependerá da superação dos desafios enfrentados e um planejamento dinâmico das ações com objetos, meios e finalidades claramente definidos como as macroprioridades do atual Pacto em Defesa da Vida, que dá especial relevância ao aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação da ESF. A promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de hábitos saudáveis e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento.

A análise do contexto de implementação da estratégia de monitoramento e avaliação da atenção básica é de fundamental importância (CAMARGO JR. et al, 2008), pois ainda é uma área em construção, e em Uberaba não é diferente. Para tanto, a utilização de indicadores de prestação de serviços é uma maneira de identificar as distorções e rever os planejamentos e as organizações dos serviços de saúde, razão pela qual se propôs o presente estudo, que trata da análise dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica da Estratégia Saúde da Família do município de Uberaba, no intuito de detectar as possíveis falhas e contribuindo para o aprimoramento das ações de saúde neste município.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. A Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Saúde

A avaliação dos serviços de saúde deve servir como ferramenta para a qualidade de gestão e planejamento das ações em saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem seu papel definido na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990), na qual traz em seu artigo 15 que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, exercerão, em caráter administrativo, a avaliação e o controle dos serviços de saúde e a avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população. No artigo 17 da mesma lei, define que é responsabilidade dos Estados e dos Municípios participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho.

Um dos maiores desafios do SUS na atualidade consiste no desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos de gestão que auxiliem na regulação da atenção e assistência à saúde, estes mecanismos devem ser fundamentados em sistema de planejamento, controle, avaliação e regulação integrados tanto entre os três níveis de governo, quanto em cada um dos níveis. Somente essa integração pode garantir o direcionamento e condução do SUS, nos moldes definidos na Lei nº 8080/90, reforçada pela NOAS 01/02 (BRASIL, 2002), no que se refere a disponibilização de alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada e, atualmente, pela edição do Pacto de Gestão no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

Em todos os municípios, reforçando o comando único, independentemente do nível de gestão, deverão ser desenvolvidas atividades de regulação, controle e avaliação. O que varia são os instrumentos mais adequados a serem empregados para a regulação. Sendo importante considerar as etapas que precedem essas ações é necessária a utilização de instrumentos norteadores das ações do gestor como base para o acompanhamento e fiscalização da implementação das políticas do setor pelos Conselhos de Saúde e instâncias formais de controle, regulação e avaliação.

Avaliar em saúde conduz à reflexão sobre o acesso aos serviços de saúde, o qual pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos. Essa avaliação parte do princípio da regionalização e a hierarquização das ações para se atingir a integralidade da assistência. Os fatores que agem na demanda por serviços de saúde são variados, tendo em vista a necessidade da população, as quais foram gerados por meio da municipalização da saúde, que ofertou a assistência o mais próximo da população (ZUCCHI et al., 2000). Para a garantia da atenção à

saúde faz-se necessário um planejamento com base no estudo de necessidades em saúde da população. A avaliação e monitoramento em saúde vêm para auxiliar nesse processo, pois o SUS deve ser utilizado de maneira racional para que consiga executar seus princípios e diretrizes.

A avaliação dos serviços de saúde deve ser um processo sistemático que busque analisar o impacto de determinadas ações, identificar distorções, rever planejamentos e organizações dos serviços de saúde com finalidade de garantir a qualidade da atenção à saúde, contribuindo para o melhoramento dos mesmos (TAVARES, 2006). A avaliação no SUS provém da aferição de resultados das ações em saúde sobre os indivíduos, por meio de estudos comparativos com outras situações ou parâmetros, levando ao questionamento e revisão às normas estabelecidas e os processos de produção em saúde (LIMA, 2006). Processo pelo qual as equipes e os gestores de saúde podem identificar os pontos de intervenção.

3.2. A Estratégia de Saúde da Família

Experiências exitosas em vários países embasaram o Modelo Saúde da Família instituído no Brasil, procurou-se uma nova filosofia de prática médica na atenção básica, em substituição ao falido modelo flexneriano¹ através alternativas desenvolvidas em diferentes modelos sócio-econômicos.

O Ministério da Saúde, na tentativa de melhorar a atenção básica e reformular o modelo assistencial vigente, criou em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), avigorada pela Portaria nº 648 em 2006 instituindo Estratégia Saúde da Família (ESF) com atenção centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social (BRASIL, 2006).

A ESF é voltada para a reorientação do modelo assistencial brasileiro, e é operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas

¹ As características do modelo de organização de serviços gerados pelas concepções flexnerianas são o culto à doença, devoção à tecnologia, atendimento exclusivamente individual, trabalho isolado e centrado no médico, despreocupação com a promoção e prevenção, relação absoluta e direta do médico com a clientela, instalação de serviços e agregação de tecnologia sem qualquer organização de sistemas (ALMEIDA FILHO, 2010).

de Saúde (UBS). Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2007).

Na expectativa de conversão do modelo assistencial, este processo vem sendo acompanhado pelo estabelecimento de indicadores, metas e de pactuações, que apesar de serem iniciativas relevantes e inovadoras, têm se mostrado insuficientes para institucionalizar as práticas de monitoramento e avaliação da reestruturação do modelo por envolver um processo de apropriação das ferramentas conceituais e metodológicas avaliativas pelos gestores municipais e do conjunto de gestores que atuam no âmbito, enfatizando gerentes das ESF de modo a inserir tais práticas no seu cotidiano de trabalho (CAMARGO JR. et al, 2008)

Percebe-se que onde há a implantação da ESF há melhoria nos indicadores de saúde, mostrando a necessidade de ser este o eixo norteador das ações em saúde, exemplificado por Tavares (2006), esse afirma que a resolutividade do nível primário de atenção à saúde pode chegar a 90%, desde que os recursos financeiros, materiais e humanos sejam adequados. Grande parte dos problemas na atenção primária não necessita de altas tecnologias ou grandes custos para serem resolvidas. A implantação da avaliação dos serviços e estratégias visa à melhoria dos indicadores e da qualidade da atenção através de medidas técnicas, como a criação de protocolos clínicos, na rede de atenção primária em saúde.

Como o território é vivo e diverso, a maneira como essa sendo implementada a ESF diverge mediante as características comunitárias e das equipes executoras. A saúde, sendo uma esfera da vida em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período.

Com o advento do paradigma do determinismo social, a identificação dos determinantes e condicionantes políticos, econômicos e/ou sociais tornou-se a origem da construção dos mecanismos para atuação no processo saúde-doença. Uma vez que o processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários.

3.3. O Sistema de Informação da Atenção Básica

No Brasil existem poucas fontes de dados sócio-demográficos em escala intra-urbana, com raras exceções como o DATASUS (Departamento de Informática do SUS), que armazena dados nessa escala. Por ser o Sistema de Informação em Saúde (SIS) cujos dados

são gerados e utilizados por profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) representa uma ferramenta em potencial para o acompanhamento das famílias cadastradas, assim como para o planejamento local uma vez que o SIAB coleta as informações no âmbito dos domicílios e as agrega para disponibilizá-las ao público no nível definido como área de abrangência das equipes da ESF, correspondente a um conjunto de famílias cadastradas.

Implantado em 1998, como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes da ESF, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), de modo a aprofundá-lo e aprimorá-lo, o SIAB amplia o leque de informações em seus pontos fundamentais, mantendo a lógica central de seu funcionamento, a referência numa determinada base populacional (BRASIL, 2003).

Através da incorporação de conceitos que significaram avanços concretos no campo da informação em saúde, completamente inseridos no contexto de reorganização do SUS como território, problema e responsabilidade sanitária, o SIAB assume características distintas dos demais sistemas de informação existentes. Entre elas pode-se destacar a consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregados; a microespacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções; produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas e a utilização mais ágil e oportuna da informação (BRASIL, 2009).

No SIAB os principais instrumentos de coleta são a ficha de cadastro das famílias e o levantamento de dados sócio-sanitários, preenchidos pelo agente comunitário de saúde (ACS) no momento do cadastramento das famílias, sendo atualizada permanentemente; as fichas de acompanhamento de grupos de risco e de problemas de saúde prioritários, preenchidas mensalmente pelos agentes comunitários de saúde, no momento de realização das visitas domiciliares e as fichas de registro de atividades, procedimentos e notificações, produzidas mensalmente por todos os profissionais da ESF (BRASIL, 2009).

Os dados gerados por essas fichas são agregados, sendo que alguns são consolidados pelas equipes antes de serem lançados no programa informatizado. Após o processamento podem ser produzidos relatórios de indicadores do SIAB como o consolidado de famílias cadastradas que apresenta indicadores demográficos e sócio-sanitários; o relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias, consolida mensalmente as informações sobre situação de saúde das famílias acompanhadas e o relatório de produção e marcadores para

avaliação assim como as informações consideradas como marcadoras acerca da produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações. Sendo que todos eles podem ser gerados por área, segmento territorial, zona (urbana/rural), município, estado e região (BRASIL, 2009).

Assim, o SIAB através de seus instrumentos de coleta e de consolidação permite uma descrição da realidade socioeconômica local, da situação de adoecimento e morte de uma população, oferecendo elementos para uma avaliação a adequação dos serviços e ações de saúde, permitindo sua utilização por toda a equipe de saúde da unidade básica e os gestores municipais contribuindo para o monitoramento da situação de saúde em áreas geográficas definidas (BRASIL, 2003).

Entre suas limitações estão, principalmente, à realização de análises que requerem a individualização de dados; às restrições ligadas ao fato de só abranger UBS onde atuam equipes da ESF e problemas de natureza tecnológica do sistema informatizado (BRASIL, 2009), a duplicidade de informações em relação aos diversos sistemas do MS; não abranger na totalidade as ações da atenção básica; a alta rotatividade somada a insuficiente capacitação dos profissionais das equipes para gerar, operar e utilizar as informações produzidas ocasionando falhas no processo de coleta, periodicidade e no fluxo de dados (FREITAS & PINTO, 2005).

3.4. Caracterização do Município de Uberaba – MG

Uberaba é um município de médio porte localizado na região do Triângulo Mineiro. Do ponto de vista econômico está estrategicamente bem posicionado, equidistante, dos principais centros urbanos do país, interligados pelas BRs 262 e 050. Tendo um índice de urbanização de 97%, com densidade demográfica de 65,25 hab./km² (IBGE, 2008).

Uberaba está localizada na Macrorregião do Triângulo do Sul com 27 municípios, sendo sua cidade-pólo da regional de saúde. Uberaba é sede da região administrativa do Vale do Rio Grande, cidade-pólo da microrregião composta por 07 Municípios: Veríssimo, Conquista, Delta, Conceição das Alagoas, Campo Florido, Água Comprida e Uberaba.

Com base em contagem estimada do IBGE para 2009 a população de Uberaba é de 296.259 habitantes, onde 51,29% são do sexo feminino (Tabela 1).

Tabela 1- População Residente por Faixa Etária e Sexo do Município Uberaba-MG, 2009.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	1.888	1.805	3.693
1 a 4	8.041	7.667	15.708
5 a 9	10.936	10.454	21.390
10 a 14	11.449	10.778	22.227
15 a 19	12.448	11.609	24.057
20 a 29	26.924	26.431	53.355
30 a 39	22.701	23.394	46.095
40 a 49	19.590	22.182	41.772
50 a 59	14.908	17.246	32.154
60 a 69	8.574	10.591	19.165
70 a 79	4.828	6.581	11.409
80 e +	2.003	3.231	5.234
Total	144.290	151.969	296.259

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2009.

Observa-se na Figura 1 abaixo uma proeminente inversão da pirâmide etária do município acompanhando o fenômeno mundial, com o envelhecimento da população.

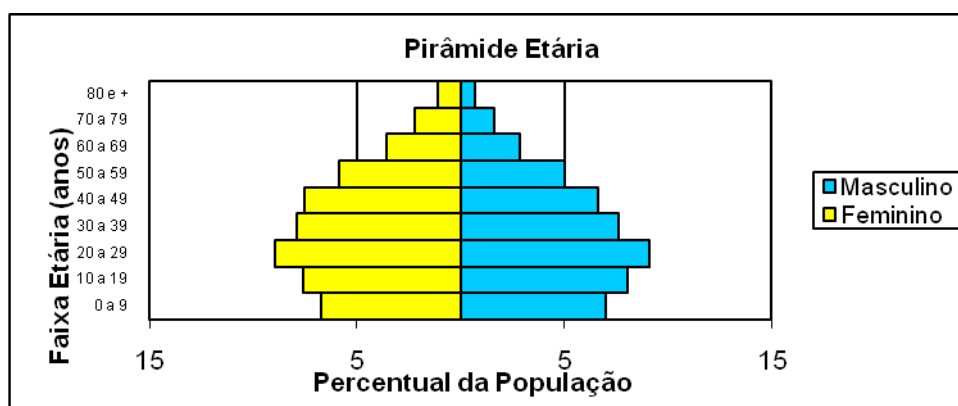


Figura 1 - Pirâmide Etária do Município de Uberaba-MG, 2006.

Fonte: SIM, 2006.

Considerando aspectos socioeconômicos, o município apresenta Taxa de Evasão Escolar de 12,5% e uma população estudantil incluindo o ensino médio de 69.785 habitantes em 2006; dos 24.357 alunos matriculados na rede de ensino municipal, em 2006, 14.618 nesse período recebiam o benefício federal da Bolsa Família.

A morbidade acompanha a tendência nacional, sendo os quatro maiores fatores de adoecimento da sua população: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas de morbidade e mortalidade.

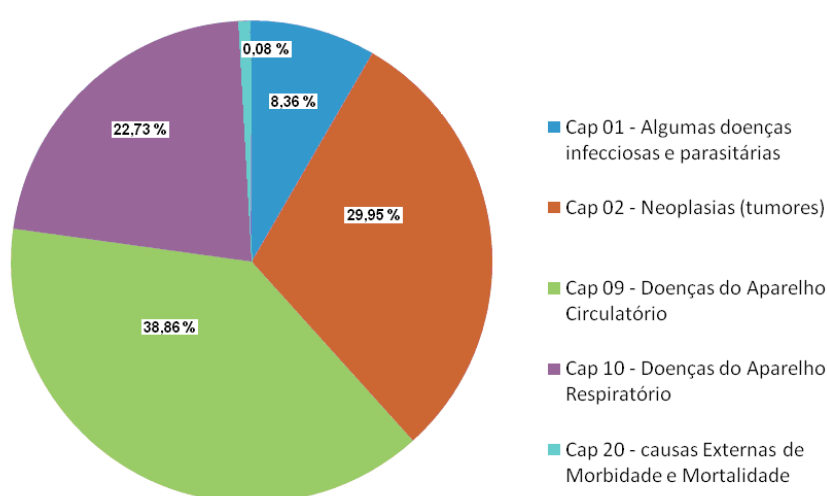


Figura 2 - Mortalidade Hospitalar Proporcional na faixa de 15 a 80 anos e mais, Uberaba-MG, 2008.
Fonte: SIAH, 2008.

Tabela 2 - Informações sobre Nascimentos de Uberaba-MG, de 1997 a 2006.

Condições	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Número de nascidos vivos	4.034	4.141	3.674	3.994	3.363	3.742	3.582	3.669	3.785	3.662
Taxa Bruta de Natalidade	16,9	17,0	14,7	15,8	13,1	14,3	13,5	13,6	13,5	12,8
% com prematuridade	5,1	6,0	6,1	7,2	7,3	7,2	8,1	6,9	8,8	9,0
% de partos cesáreos	59,2	55,9	55,4	54,2	58,6	56,7	60,1	60,1	63,2	65,4
% de mães de 10-19 anos	23,4	24,1	23,3	22,1	21,4	19,1	19,3	18,8	18,5	19,2
% de mães de 10-14 anos	0,9	1,1	0,9	1,0	1,2	0,7	0,8	0,5	0,9	0,5
% com baixo peso ao nascer										
- geral	8,6	10,1	7,8	8,6	8,7	9,6	10,2	8,8	8,7	9,5
- partos cesáreos	6,7	9,0	6,7	7,7	7,4	8,7	9,0	8,9	7,7	8,8
- partos vaginais	11,5	11,4	9,2	9,7	10,4	10,8	11,9	8,5	10,5	10,8

Fonte: SINASC

A taxa bruta de natalidade vem decrescendo ao longo dos últimos anos contribuindo para inversão da pirâmide etária municipal, entretanto o percentual de condições de nascimento de risco tem se mantido como mães adolescentes, prematuridade e baixo peso. Porém o número de partos cesáreos vem crescendo assustadoramente. A taxa de mortalidade infantil em Uberaba teve uma tendência a melhora nos últimos anos e está abaixo do índice

estadual. Contudo, observa-se uma tendência a aumentar novamente sendo que no último ano ocorreram 17,2 óbitos infantis por 1.000 nascidos-vivos (Tabela 3).

Tabela 3 - Indicadores de Mortalidade de Uberaba-MG, de 2000 a 2006.

Outros Indicadores de Mortalidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Total de óbitos	1.750	1.785	1.586	1.795	1.895	1.859	1.928
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	6,9	7,0	6,1	6,8	7,0	6,6	6,8
% óbitos por causas mal definidas	10,9	11,3	11,1	7,6	6,6	8,0	7,7
Total de óbitos infantis	73	58	60	50	53	68	53
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	2	1	1	2	-	-	-
% de óbitos infantis no total de óbitos *	4,2	3,2	3,8	2,8	2,8	3,7	2,7
% de óbitos infantis por causas mal definidas	2,7	1,7	1,7	4,0	-	-	-
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	18,3	17,2	16,0	14,0	14,4	18,0	14,5

* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

**considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

Fonte: SIM/SINASC

O sub-financiamento do SUS leva o município a gastar de seus recursos próprios anualmente valores muito acima dos previstos na Emenda Constitucional 29 (Tabela 4) a fim de ofertar aos munícipes uma atenção à saúde de maior acesso e qualidade. Portanto, o apoio e a captação de recursos de qualquer natureza em auxílio às ações prioritárias são bem vindos e necessários.

Tabela 4 - Indicadores do Financiamento do Município de Uberaba-MG, de 2004 a 2007.

Dados e Indicadores	2004	2005	2006	2007
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	221,41	225,51	268,24	303,90
Despesa com recursos próprios por habitante	109,07	102,96	135,55	166,28
Transferências SUS por habitante	116,94	125,42	135,16	142,26
% despesa com pessoal/despesa total	50,9	46,5	45,8	45,4
% despesa com investimentos/despesa total	0,4	1,4	5,2	3,2
% transferências SUS/despesa total com saúde	52,8	55,6	50,4	46,8
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	22,0	17,6	20,9	23,9
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica /despesa total	43,4	39,3	36,4	29,9
Despesa total com saúde	59.820.542,49	63.157.074,00	76.473.458,24	87.451.603,51
Despesa com recursos próprios	29.468.545,39	28.834.690,13	38.645.692,14	47.848.190,76
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	133.935.642,40	163.417.197,89	184.876.779,16	200.096.663,16
Transferências SUS	31.594.519,35	35.125.625,88	38.532.830,65	40.937.141,60
Despesa com pessoal	30.441.888,67	29.368.641,99	35.043.338,42	39.687.706,57

Fonte: SIOPS

3.5. Caracterização da Rede de Atenção à Saúde de Uberaba-MG

O município de Uberaba foi habilitado em 1988 em Gestão Plena de Sistemas de Saúde, tendo autonomia na gestão de sua rede de atenção. A rede de atenção à saúde no município é organizada em Distritos Sanitários, e a rede básica de atenção à saúde, em 2008, foi formatada em Unidades de Saúde de Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Matriciais de Saúde (UMS), estando à última em conformidade com a política dos

Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, e desde 2009 encontra-se em fase de implantação seu Plano Diretor da Atenção Primária (PDAPS), que norteará o planejamento de ações futuras.

Possui em sua rede de serviços de saúde pública, 33 Unidades Básicas de Saúde e em relação aos serviços especializados (SE) conta com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) direcionadas ao atendimento de Urgência e Emergência de Média Complexidade, duas Unidades Regionais de Saúde (URS) que abrigam as diversas especialidades médicas, de referência em média complexidade, e conta com uma rede de assistência farmacêutica, transporte em saúde, o Serviço de Atendimento Móvel em Urgência (SAMU), quatro Centros de Referência em Saúde Mental, Serviço Especializado de Atenção à Saúde Bucal, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) e Banco de Leite Humano, Centro de Ortopedia, Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Saúde Eurico Vilela, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centro de Controle de Zoonoses, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSD) e Centro de Referência à Infância e Adolescência (CRIA).

Além de um Hemocentro Regional, um laboratório regional da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública (RELSP), 01 Farmácia Popular do Brasil (FPB) de gerência municipal. Conta ainda na rede particular e suplementar com 87 consultórios médicos e 47 consultórios odontológicos isolados, 54 clínicas e ambulatórios especializados, 06 hospitais gerais, 22 unidades de serviços de apoio, diagnose e terapia.

A partir das unidades básicas, o usuário é referenciado através de sistema informatizado para as Unidades Regionais de Saúde (URS), para realização de consultas especializadas, apoio diagnóstico de imagem, odontologia especializada (CEO), procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e assistência farmacêutica básica.

Os procedimentos de diagnóstico em análises clínicas/patologia clínica, anatomopatologia, citopatologia e diagnóstico de imagem são referenciados para o laboratório estadual (RELSP), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) ou contratado.

Existe também o referenciamento para unidades específicas como saúde da mulher e banco de leite no CAISM, saúde do trabalhador do CEREST, Centro de Ortopedia, Unidade Especializada de Reabilitação (UER), Centro de Controle de Endemias e Zoonoses, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), saúde mental (CAPS, CAPSD e CRIA), centro de reabilitação da UFTM e atenção à saúde auditiva na Universidade de Uberaba (UNIUBE).

Os procedimentos ambulatoriais, apoio diagnóstico e consultas especializadas para os municípios de referência, são encaminhados para o ambulatório, laboratório e serviço de diagnóstico e imagem do Hospital de Clínicas da UFTM.

A atenção à urgência e emergência conta com transporte sanitário do SAMU e resgate do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar, que, embasados em protocolos, transportam o paciente para as duas unidades de pronto atendimento municipais e pronto socorro do Hospital de Clínicas da UFTM, conforme a complexidade do agravo.

A atenção hospitalar conta com o Hospital de Clínicas da UFTM para atenção em alta complexidade (gestantes de alto risco, doenças infecto-contagiosas, triagem auditiva neonatal), em média complexidade e urgência e emergência. Os demais pontos de atenção são voltados a internações eletivas, principalmente em clínica médica de média complexidade, pediatria, obstetrícia, oncologia e psiquiatria.

Na formação de profissionais para a prestação de serviços em saúde, tem como o alicerce tradicional a Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM e a Universidade de Uberaba - UNIUBE.

3.6. Caracterização da Atenção Primária à Saúde de Uberaba -MG

A Estratégia de Saúde da Família está implantada desde 1998 e atualmente a conta com 50 equipes, distribuídas em UFS, UBS e UMS. A Estratégia Saúde da Família de Uberaba contava até 2005 com 41 equipes, em 2006 foram ampliadas 06 equipes e no final de 2009 mais 03 equipes, mantendo-se as 41 equipes de Saúde Bucal. Na Tabela 5 observa-se que no período de 2006 a 2009 com 47 equipes de Saúde da Família e 41 equipes de Saúde Bucal, sendo 43 urbanas e 04 rurais. Entretanto, o número de equipes cadastradas no sistema ministerial era de 34 em 2006, passando para 46 em 2007, e em 2008 e 2009, 47 equipes da ESF (Tabela 5).

Tabela 5- Evolução do Cadastramento das Equipes de ESF, segundo ano, Uberaba - MG, 2006 a 2009

Ano	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2006	60	34	34	115.575	41,8
2007	60	46	46	156.975	55,4
2008	60	47	47	161.575	56,6
2009	60	47	47	162.150	55,4

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2009

Na Estratégia Saúde da Família de Uberaba o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) era de 227 em janeiro de 2006, em 2008 passou para 352 e em 2009 para 322, fato que irá refletir em todos os indicadores de saúde apresentados pelo aumento da cobertura mensal de visitas domiciliares a suas famílias adstritas (Tabela 6).

Tabela 6- Número de Agentes Comunitários de Saúde, segundo ano, Uberaba - MG, 2006 a 2009.

Ano	População	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2006	276.615	420	227	227	130.381	47,2
2007	283.149	420	304	303	174.129	61,4
2008	285.246	420	352	352	202.352	70,9
2009	292.529	420	322	322	184.958	65,2

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2009

Em relação às Equipes de Saúde Bucal (ESB), no período de 2006 a 2009 existiam 41 ESB, todavia constavam implantadas em 2006 somente 33 equipes, demonstrando uma deficiência em atualização dos dados no sistema que foi sanada passando a 41 em 2007 (Tabela 7).

Tabela 7- Frequência das Equipes de Saúde Bucal da ESF, segundo ano, Uberaba - MG, 2006 a 2009.

Ano	ESB Credenciadas pelo Ministério da Saúde	ESB Cadastradas no Sistema	ESB Implantadas
2006	60	39	33
2007	60	41	41
2008	60	41	41
2009	60	41	41

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE, 2009.

As vinte USF contam com o seguinte quadro profissional: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde; nas ESB da ESF encontra-se o cirurgião dentista, o auxiliar de cirurgião dentista (ACD); além destes ainda há o coordenador, auxiliares administrativos, recepcionista, auxiliares de enfermagem de apoio, serventes sanitários e vigias.

As oito Unidades Matriciais de Saúde comportam, além das equipes da ESF, o NASF, apresentando o corpo clínico de especialistas da atenção básica: ginecologista, clínico geral e pediatria, assim como odontologia, psicologia, assistente social, fisioterapeuta, possui ainda uma equipe de enfermagem de apoio e técnico de nutrição.

As duas Unidades Básicas Tradicionais são compostas pelas especialidades médicas básicas (Clínica Geral, Pediatria e Ginecologia) além do corpo de apoio de enfermagem, e odontologia.

Cada Distrito Sanitário (DS) conta pelo menos duas Unidades Matriciais de Saúde que tem como função apoiar as USF daquela região e com isso garantir o aumento da resolutividade da Atenção Básica em Saúde. O Distrito Sanitário II possui ainda uma UMS conveniada com a UNIUBE que disponibiliza em contrapartida outras categorias profissionais de acordo com a sua necessidade de estágio para os alunos dos cursos de graduação na área da saúde ampliando os serviços ofertados nessa unidade.

A atuação ocupacional do NASF do município tenta ir ao encontro das necessidades dos diagnósticos de área de cada equipe da ESF, exigindo desses profissionais uma atuação integral aos grupos de riscos dessas áreas e aos determinantes sociais de saúde.

Possui funcionamento de segunda a sexta das 7:00 às 17:00 horas e as UMS tem atendimento ampliado das 17:00 às 19:00 horas. A equipe de saúde trabalha com prontuário familiar impresso, não informatizado. Em 2009 as fichas A (cadastro familiar) passaram por um processo de atualização devido ao PDAPS.

No que diz respeito à edificação, predomina a existência em prédios próprios. Entretanto, ainda há unidades em espaços alugados, com espaços adaptados para atender as necessidades da saúde da família. O número de Sedes/Unidades de Saúde, principalmente na Atenção Básica está de acordo com o definido de acordo com a Portaria nº 648/06 (BRASIL, 2006), que estabelece para até 12 mil habitantes uma Unidade Primária de Saúde se a mesma contiver equipe de Saúde da Família.

Nas áreas de abrangência dos Bairros Santa Maria e Santa Marta, tem UBS no modelo tradicional como referência as UBS Juca Inácio e a UBS Renê Barsan.

Com relação à Assistência prestada na região rural do Município que conta hoje com quatro equipes da ESF para uma população rural de aproximadamente 9.000 habitantes, devido ao território ser de difícil acesso ao grande centro urbano foi associado às equipes da ESF, a complementação da assistência em saúde mental e da assistência de apoio odontológico. Além da organização do transporte assistencial em caso de demandas programadas às Unidades Matriciais de Saúde às especialidades de apoio.

Dentro de um mesmo Distrito Sanitário as equipes de Saúde referenciam suas demandas às Unidades Matriciais de maior proximidade da equipe de saúde (Figura 3), isso é, de maior proximidade a residência do cidadão.

Área Geográfica de Atuação	Equipes Saúde da Família Vinculadas	População Estimada
Núcleo de Apoio à Saúde da Família Alvaro Guarita: atuação em região Periférica do Distrito Sanitário I	ESF Vallim de Mello ESF Chica Ferreira ESF Gameleiras ESF Costa Telles I ESF Costa Telles II ESF Abadia II ESF Leblon ESF Parque São Geraldo	50.000 mil habitantes 32.000 mil habitantes cadastrados nas Equipes Saúde da Família
Núcleo de Apoio à Saúde da Família Maria Tereza atuação em região Periférica do Distrito Sanitário I	ESF Ponte Alta/ Peiropolis ESF Residencial 2000 ESF Bairro de Lourdes ESF Manhattan ESF Maringá ESF Nossa Senhora Aparecida ESF Abadia Olhos D'Água ESF São Vicente	50.000 mil habitantes 32.000 mil habitantes cadastrados nas Equipes Saúde da Família
Núcleo de Apoio à Saúde da Família Luiz Meneghello atuação em região Periférica do Distrito Sanitário II	ESF Recreio dos Bandeirantes ESF Maracanã ESF São Cristóvão ESF Parque das Américas I ESF Parque das Américas II ESF Planalto ESF Volta Grande ESF Borgico/Calcário	50.000 mil habitantes 32.000 mil habitantes cadastrados nas Equipes Saúde da Família
Núcleo de Apoio à Saúde da Família João Resende atuação em região Periférica do Distrito Sanitário II	ESF Tutunas ESF Jardim Uberaba ESF Alfredo Freire I ESF Alfredo Freire II ESF Morumbi ESF Pacaembu ESF Beija-Flor ESF Capelinha/Baixa	50.000 mil habitantes 32.000 mil habitantes cadastrados nas Equipes Saúde da Família
Núcleo de Apoio à Saúde da Família Antônia Gonçalves Coelho atuação em região Periférica do Distrito Sanitário III	ESF Fabrício ESF Jardim Espírito Santo ESF Santa Terezinha ESF Vila Arquelau ESF Morada do Sol ESF Boa Vista ESF Jardim Indianopolis ESF Jardim Triangulo	50.000 mil habitantes 32.000 mil habitantes cadastrados nas Equipes Saúde da Família
Núcleo de Apoio à Saúde da Família Amad Ali atuação em região Periférica do Distrito Sanitário III	ESF Primavera ESF Uberaba I ESF Antônia Candida ESF Elza Amuí ESF Amoroso Costa ESF Cassio Resende ESF Santa Rosa	50.000 mil habitantes 28.000 mil habitantes cadastrados nas Equipes Saúde da Família

Figura 3 –Distribuição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Uberaba em 2009.

O fluxo entre equipe da ESF e Unidade Matricial de Saúde, como também o contrário, pode ser realizado utilizando o transporte inter-unidades de saúde, onde se tenta respeitar o princípio da regionalização no qual, é preferencial que cada usuário utilize os serviços de seu Distrito de Saúde. Para o desenvolvimento da assistência nos Distritos Sanitários de Saúde, com Referência à Atenção Básica, deveria ser ampliado também o horário de funcionamento do transporte inter unidades de saúde, a fim de se absorver grande porcentagem das demandas locais.

O Processo de Trabalho é um grande problema e tem sido uma das grandes preocupações nas discussões proferidas sobre a reorganização dos serviços de saúde municipal e pela proposta do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, pois é através da

organização do mesmo que será garantida uma assistência de qualidade aos usuários dos serviços de saúde.

O trabalho interdisciplinar e humanizado são linhas de orientação da organização da atenção em saúde. No entanto, para que essa transformação das práticas aconteçam, são necessários processos de educação permanente em saúde, com capacitações profissionais a todo o contingente laborativo das unidades de saúde.

Para ampliar a capacidade resolutiva, principalmente da atenção básica, quanto as suas demandas, no ano de 2009 foram implantados alguns protocolos clínicos de atuação às categorias médicas e paramédicas no esforço de conceder à população a conduta mais adequada e mais condizente com os recursos disponibilizados pelo SUS a rede municipal, tanto em relação aos exames complementares quanto ao fornecimento de medicamentos.

Um dos grandes desafios é estabelecer processos de cuidado que reduzam, ou até mesmo, eliminem as filas de atendimento, principalmente na Atenção Básica. Isso será possível através da implementação de processos de escuta e acolhimento da demanda por equipe capacitada; além da efetiva atuação dos coordenadores das UBS controlando o trânsito dos usuários entre as mesmas, o que ocorre em algumas equipes, mas apesar de ser sugerido pela gestão, não é uma regra geral das unidades em seu cotidiano.

Outra questão importante para a redução do tempo de espera e facilidade do acesso da população em relação as suas necessidades em saúde é a programação de agendas que permitam marcações de consultas em intervalos curtos, de até no máximo 72 horas. Foi proposto pela Gestão Municipal à divisão do tempo dos médicos em 50% para atividades na comunidade (grupos, visitas, reuniões de equipe) e 50% para consultas, divididas em metade para atenção programada e metade para a demanda espontânea. Mas isso não ocorre na maioria das equipes que perpetuam o modelo de atenção individualizado, realizando somente consultas por agendamentos semanais e por ordem de chegada a longo prazo. As situações de urgência e emergência deverão ser encaminhadas para o SAMU ou Unidades de Pronto-Atendimento.

A população procura diariamente a unidade sob livre demanda para serviços de aferição de pressão, curativos, orientações e recebimento de uso de medicamentos. Os ACS, esporadicamente fazem busca ativa.

As UBS contam com a existência de Conselho Local de Saúde, não muito atuante, as reuniões acontecem todas as penúltimas quartas feiras, às 18 horas, em que são discutidos assuntos relacionados aos problemas corriqueiros de alguns usuários, mas raramente há planejamento conjunto.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Descrever o diagnóstico de saúde da área de abrangência da ESF do município de Uberaba-MG, no período de 2006 a 2009, com base no Sistema de Informação de Atenção Básica.

4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar população cadastrada na ESF quanto a fatores demográficos, sanitários e situação de saúde no período de 2006 a 2009.
- Analisar a produção e marcadores para avaliação de saúde produzidos pela ESF através do SIAB comparando os anos de 2006 a 2009.

5. METODOLOGIA

5.1. Delineamento do estudo

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo, descritivo e retrospectivo com análise de dados secundários.

5.2. Local de estudo

Uberaba, município de médio porte e cidade pólo em saúde da Microrregião de Uberaba e da Macrorregião Triângulo Sul composta por 27 municípios.

5.3. Período de estudo

Janeiro de 2006 a dezembro ano de 2009. O recorte temporal do período escolhido deve-se ao fato de compreender os anos que possuem o mesmo número de equipes, o qual foi ampliado em 2006 e posteriormente em 2010.

5.4. Fonte de dados

No Brasil existem poucas fontes de dados sociodemográficos em escala intra-urbana, com raras exceções como o DATASUS (Departamento de Informática do SUS). No caso da Estratégia Saúde da Família, o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) tem as informações coletadas no âmbito dos domicílios, através da ficha A (Anexo I), e as agrega para disponibilizá-las ao público, no nível definido como área de abrangência, correspondente a um conjunto de famílias cadastradas, e dos consolidados PMA2 e SSA2 (Anexos II e III) para a produção e marcadores de saúde das equipes da ESF.

Com a base de dados do SIAB foi possível analisar a informações sociais, informações demográficas, de saúde da população adstrita e a produção das equipes da ESF.

Sendo que os dados referentes à produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras, por área, são gerados mensalmente através do relatório PMA2 que é consolidado por um profissional de nível superior da equipe, a partir das Fichas D de todos os profissionais. O responsável pela consolidação dos dados encaminha cópia para a Secretaria Municipal de Saúde mensalmente e retém uma via na unidade. De

acordo com o Manual do SIAB consideram-se como Marcadores as situações indesejáveis ou eventos mórbidos (BRASIL, 2003).

5.5. Variáveis de estudo

Variáveis Sociodemográficas

- Faixas etárias
- Sexo
- Escolaridade

Variáveis sobre o Saneamento Básico:

- Tipo de casa (tijolo, adobe, taipa, taipa revestida, madeira, material reaproveitado, outro)
- Energia elétrica (possui ou não possui)
- Destino do lixo (coletado, queimado, enterrado)
- Tratamento da água no domicílio (filtração, fervura, cloração, sem tratamento)
- Abastecimento de água (rede pública, poço ou nascente, outros)
- Destino de fezes e urina (sistema de esgoto, fossa, céu aberto)

Variáveis sobre a Situação de Saúde:

- | | |
|--|--|
| ➤ Doença ou condição referida | ➤ Pessoas com Tuberculose acompanhadas |
| ➤ Plano de saúde | ➤ Pessoas com Hanseníase cadastradas |
| ➤ Nascidos vivos | ➤ Pessoas com Hanseníase acompanhadas |
| ➤ Gestantes cadastradas | ➤ Nascidos vivos pesados ao nascer |
| ➤ Gestantes < 20 anos cadastradas | ➤ Nascidos vivos pesados ao nascer, com peso menor de 2.500 gramas |
| ➤ Gestantes acompanhadas | ➤ Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias |
| ➤ Gestantes com vacina em dia | ➤ Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em aleitamento exclusivo |
| ➤ Gestantes com consulta de pré-natal no mês | ➤ Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias em aleitamento misto |
| ➤ Gestantes com pré-natal iniciado no 1 ^a trimestre | ➤ Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias |
| ➤ Diabéticos cadastrados | ➤ Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias com as vacinas em dia |
| ➤ Diabéticos acompanhados | |
| ➤ Hipertensos cadastrados | |
| ➤ Hipertensos acompanhados | |
| ➤ Pessoas com Tuberculose cadastradas | |

- Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias pesadas
- Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias desnutridas
- Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias
- Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias com as vacinas em dia
- Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias pesadas
- Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias desnutridas
- Crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia
- Crianças menores de 2 anos que tiveram diarreia e usaram Terapia de Reidratação Oral (TRO)
- Crianças menores de 2 anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda (IRA)

Variáveis sobre a Produção e Marcadores^B de saúde:

- Número de consultas médicas
- Tipo de atendimento de médico e de enfermeiro
- Encaminhamentos médicos
- Procedimentos realizados
- Notificações de eventos mórbidos
- Hospitalizações ocorridas
- Óbitos ocorridos
- Visitas domiciliares

5.6. Análise dos dados

Os dados foram categorizados de acordo com a estratificação proposta pelo SIAB: Cadastramento Familiar, Situação de Saneamento, Situação de Saúde, Produção e Marcadores. O estudo tem áreas geográficas bem delimitadas, foi realizada análise comparativa das variáveis globais. Nesse estudo foram utilizados indicadores demográficos (população) relacionando aos indicadores da atenção prestada (SIAB) na área de abrangência das ESF. Os valores das variáveis foram avaliados com o programa Excel 2007 e a apresentação dos resultados por meio da estatística descritiva na forma de gráficos e tabelas.

^B Marcadores para avaliação de saúde são informações sobre ocorrência de doenças e/ou situações consideradas pelo SIAB como fatores de relevância no processo saúde-doença.

5.7. Aspectos Éticos

Em relação aos aspectos éticos, trata-se de um estudo com base de dados secundários, de domínio público, sem conter variáveis de identificação dos usuários. Os resultados foram divulgados na forma de consolidado, não contendo variáveis de identificação pessoal. Contudo, não se faz necessário o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visto que as fichas já foram coletadas e arquivadas e disponibilizadas em banco de dados nacional de acesso público, não havendo formas de se identificar as pessoas ou famílias mantendo o sigilo. Por precaução, foi recolhida a autorização do gestor municipal para utilização dos dados e divulgação dos resultados para evitar conflitos e/ou constrangimentos institucionais (Anexo IV).

6. RESULTADOS

6.1. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DE UBERABA-MG COM BASE NO SIAB, 2006 A 2009.

6.1.1. Cadastramento Familiar

Em 2008, apesar de haver um aumento do número de famílias acompanhadas não houve um aumento significativo em relação ao quantitativo de pessoas acompanhadas (Figura 4).

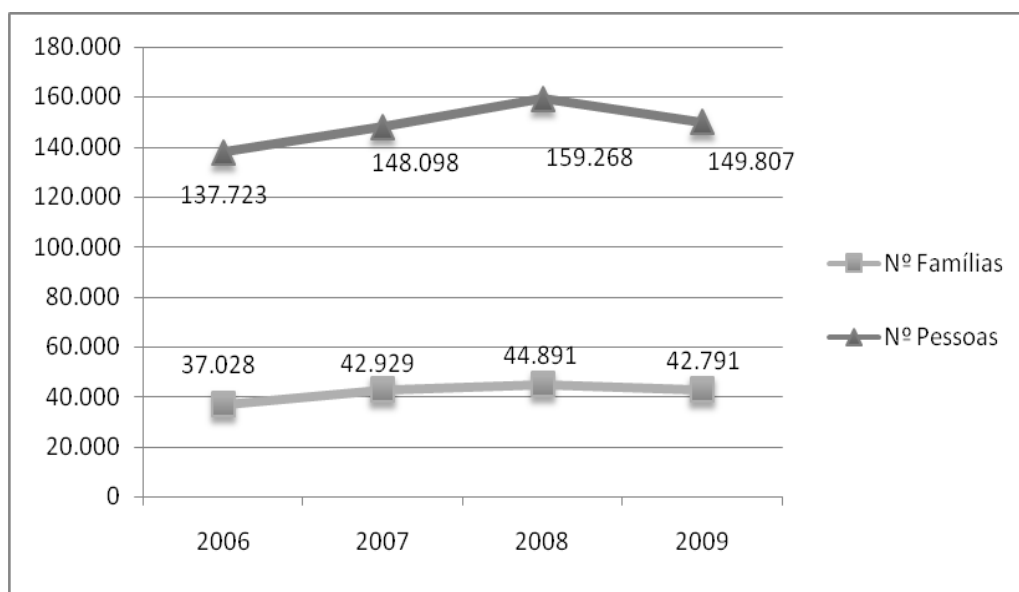


Figura 4 – Distribuição do número de famílias e pessoas acompanhadas pela ESF, segundo ano, Uberaba - MG.

Em relação à distribuição da população cadastrada por sexo e faixa etária, na população feminina observou-se uma redução gradual de mulheres na faixa etária menor de um ano em 2006 em relação a 2009 ocorrendo um aumento da faixa etária acima de 60 anos no mesmo período (Figura 5). O mesmo ocorre na população masculina nas mesmas faixas etárias (Figura 6).

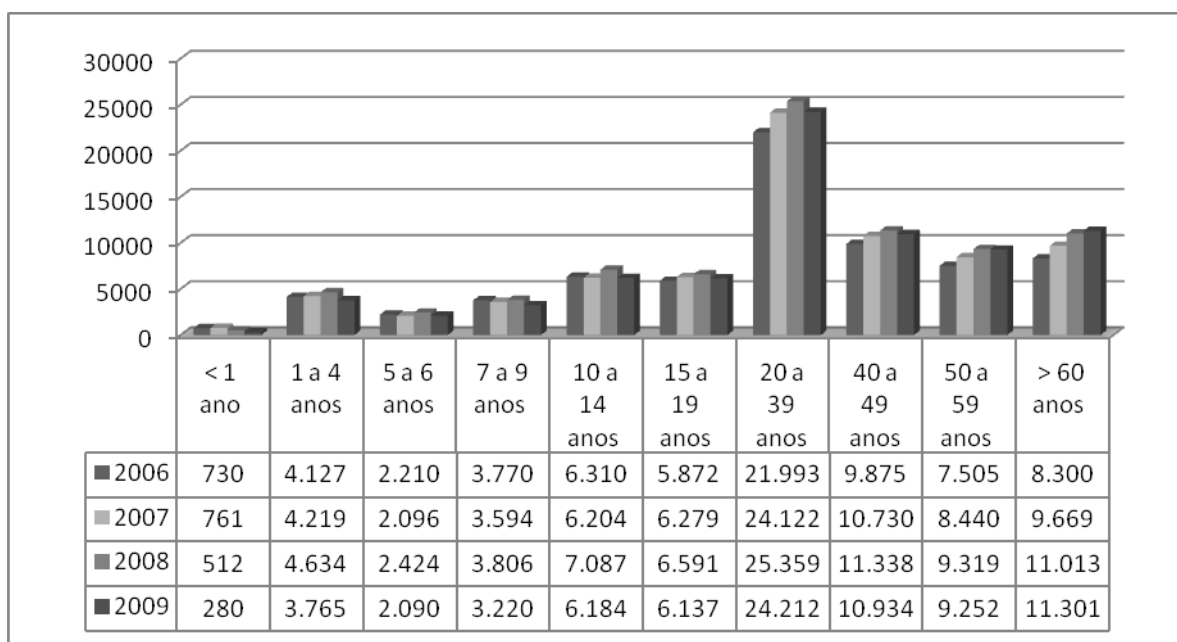


Figura 5 – Distribuição da população cadastrada na ESF do sexo feminino por faixa etária, segundo ano, Uberaba – MG, 2006 a 2009.

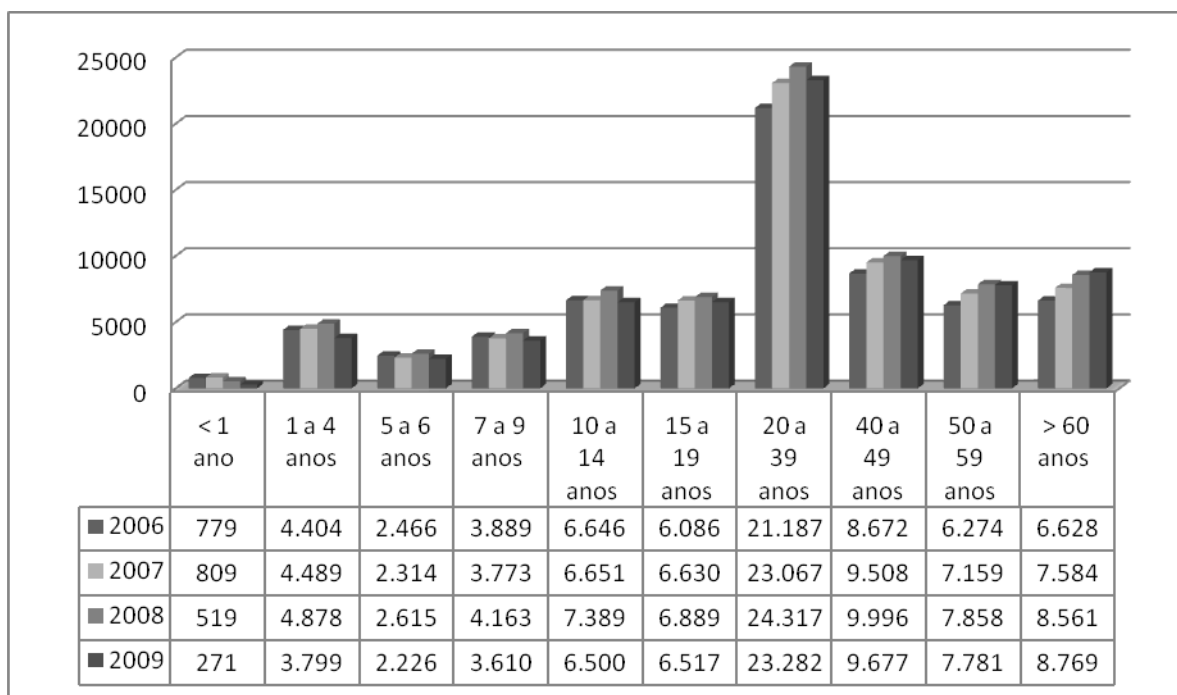


Figura 6 – Distribuição da população cadastrada na ESF do sexo masculino por faixa etária, segundo ano, Uberaba – MG, 2006 a 2009.

A razão de sexo^C apresentou valores significativos, o que representa que no município há mais homens que mulheres, e isso ocorreu de forma crescente no período (Tabela 8).

^C A razão de sexo conceitua-se no número de homens para cada grupo de 100 mulheres na população residente do ano considerado (IDB, 2008).

Tabela 8 – Razão de sexo na população cadastrada segundo ano, Uberaba – MG, 2006 a 2009.

Ano	Homens	Mulheres	Razão de sexo
2006	70.692	67.031	105,46
2007	76.114	71.984	105,74
2008	82.083	77.185	106,35
2009	77.375	72.432	106,82

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

Quanto à escolaridade verifica-se uma variação nos indicadores de escolaridade^D com um aumento de crianças de 07 a 14 anos nos anos de 2007 e 2008 reduzindo em 2009 (Tabela 9).

Tabela 9 – Indicadores de Escolaridade segundo ano, Uberaba – MG, 2006 a 2009.

Ano	Crianças 7 a 14 anos na escola	Crianças 7 a 14 anos	Proporção (%)	Pessoas 15 anos ou mais alfabetizadas	Pessoas 15 anos ou mais	Proporção (%)
2006	19.035	20.615	92%	96.568	102.392	94%
2007	19.713	20.222	97%	105.636	113.188	93%
2008	21.722	22.445	97%	113.056	121.241	93%
2009	18.185	19.514	93%	110.100	117.862	93%

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

6.1.2. Situação de Saneamento

Houve aumento de casas com abastecimento residencial pela rede pública de 1,4% e diminuição utilização de água de poço ou nascente de 1%, assim como a redução de 5% de casas que utilizavam outros tipos de abastecimento (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição proporcional do Tipo de Abastecimento de Água da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Abastecimento de água rede pública (%)	Abastecimento de água poço/nascente (%)	Outros Tipos de Abastecimento de água (%)
2006	92,8%	7,0%	0,2%
2007	94,7%	5,3%	0,1%
2008	93,9%	5,9%	0,2%
2009	93,7%	6,1%	0,2%

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

^D O indicador de escolaridade conceitua-se número de pessoas residentes na faixa etária alfabetizadas ou na escola dividido pela população total residente desta faixa etária x 100.

Entretanto, quanto ao tratamento de água no domicílio houve uma redução de água clorada e aumento 15,6% de residências sem nenhum tratamento domiciliar da água (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição Proporcional do Tipo de Tratamento de Água no domicílio da população cadastrada na ESF, em Uberaba-MG, nos anos de 2006 a 2009.

Ano	Filtrada (%)	Fervida (%)	Clorada (%)	Sem Tratamento (%)
2006	98,4%	0,3%	1,3%	22,6%
2007	98,7%	0,4%	0,9%	39,4%
2008	98,7%	0,4%	0,8%	39,3%
2009	98,7%	0,4%	0,9%	38,5%

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

Em relação ao destino de fezes das residências e urina verificou-se aumento de 1,4% de casas com esgoto, redução de 1,2% de casas com fossa, e redução de 25% de casas que tinham esgoto a céu aberto (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição Proporcional do Tipo de Tratamento de Esgoto no domicílio, da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Esgoto (%)	Fossa (%)	Céu Aberto (%)
2006	92,4%	7,1%	0,5%
2007	94,8%	4,9%	0,3%
2008	94,0%	5,7%	0,3%
2009	93,9%	5,8%	0,3%

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

Quanto ao destino do lixo observa-se um aumento de 1,3% nas casas com lixo coletado, redução de 1% nas casas que tem lixo queimado/enterrado e redução de 25,7% das casas com lixo a céu aberto (Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição Proporcional por Tipo de Destino do Lixo por domicílio, da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Lixo coletado (%)	Lixo queimado/enterrado (%)	Lixo a céu aberto (%)
2006	95,1%	4,3%	0,6%
2007	96,4%	3,2%	0,4%
2008	96,4%	3,2%	0,4%
2009	96,3%	3,4%	0,4%

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

Tabela 14 – Diferença das Proporções dos Indicadores de Saneamento Básico, da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Anos	Abastecimento de água rede pública (%)	Esgoto (%)	Lixo coletado (%)
2006 a 2007	1,9%	2,4%	1,3%
2007 a 2008	-0,7%	-0,7%	0,0%
2008 a 2009	-0,2%	-0,2%	-0,2%
Média	0,3%	0,5%	0,4%

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

Quanto ao dado tipo de casa, a proporção de casas de tijolos é alta, acima de 99%, e permaneceu a mesma no período. Portanto, considerou-se o número absoluto dos tipos de casa encontrados para melhor analisar essa informação podendo perceber a melhoria neste quesito através do aumento de número de casas de taipa revestida em 53,3% com redução de 36,3% de casas com taipa não revestida, de 30% de casas de madeira e de 50% de redução de da casas de material aproveitado (Tabela 15).

Tabela 15 – Frequência do Tipo de Casa da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Taipa Revestida	Madeira	Material Aproveitado	Outros
2006	35	14	66	60
2007	51	20	42	60
2008	85	18	36	57
2009	75	20	33	56

Fonte: SIAB, 2010.

No período houve redução do percentual de casas com energia elétrica em 1,6% (Tabela 16).

Tabela 16 – Frequência e Porcentagem de Casas com Energia Elétrica, da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Energia Elétrica	Total	Energia Elétrica (%)
2006	36882	37028	99,6%
2007	42761	42929	99,6%
2008	44232	44891	98,5%
2009	41914	42791	98,0%

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

6.1.3. Situação de Saúde

Utilizando a comparação entre os anos de 2006 e 2009 verificou-se os seguintes resultados: aumento do número de pessoas cadastradas que possuem plano de saúde em 6% (Tabela 17).

Tabela 17 – Cobertura por Plano de Saúde, da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Pessoas com Cobertura Plano de Saúde	Nº Pessoas Cadastradas	Cobertura Plano de Saúde (%)
2006	18.315	137.723	13%
2007	28.782	148.098	19%
2008	29.781	159.268	19%
2009	28.874	149.807	19%

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

Ocorreu um declínio de todos os indicadores do ciclo gestacional, com redução de 4,6% no número de gestantes acompanhadas, de 4,4% de gestantes com Pré-Natal no mês, de 2,4% de gestantes com Pré-Natal no 1º Trimestre e de 3,7% de gestantes com vacina em dia comparando os anos de 2006 a 2009 (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição Proporcional de gestantes com consultas pré-natal no mês, com início no 1º trimestre e com vacina em dia, nas áreas cobertas pela ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Gestantes	Gestantes Acompanhadas (%)	Gestantes <20 anos (%)	Pré-Natal no mês (%)	Gestantes com Pré-Natal no 1º Trimestre (%)	Gestantes com Vacina em Dia (%)
2006	96%	23%	92%	82%	91%
2007	89%	21%	84%	77%	82%
2008	90%	22%	85%	77%	84%
2009	91%	22%	88%	79%	87%

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

Em relação aos nascidos vivos, observa-se na Figura 7 a taxa Bruta de Natalidade em declínio no último ano. Na Tabela 19 nota-se aumento da proporção de nascidos vivos com menos de 2500g em 3%, assim como de nascidos vivos pesados em 1%.

Tabela 19 - Situação da Pesagem ao Nascer dos Nascidos Vivos da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Nascidos Vivos Pesados (%)	Nascidos Vivos <2500g (%)
2006	100%	10%
2007	99%	10%
2008	99%	10%
2009	99%	13%

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

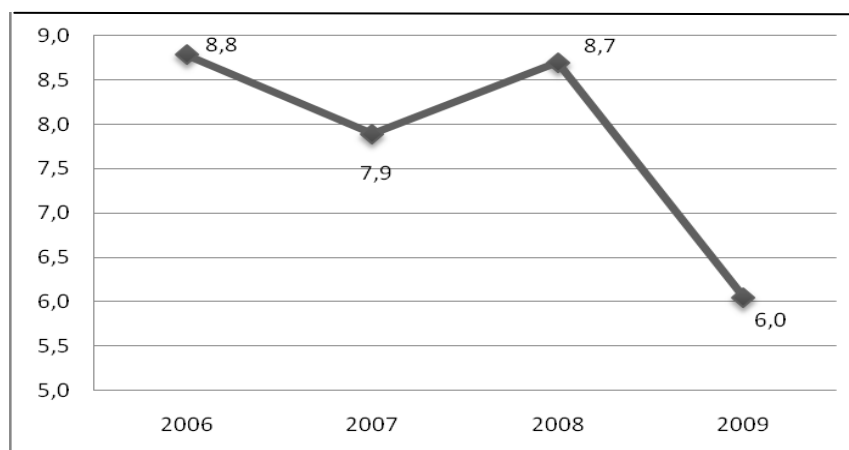


Figura 7 - Taxa Bruta de Natalidade entre 2006 e 2009, Uberaba-MG.

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

Referente às crianças maiores de quatro meses verificou-se que as com aleitamento materno exclusivo aumentaram e com aleitamento misto reduziram. Houve redução inicial de vacinação em dia com estabilização em 95% e aumento na pesagem de crianças menores de um ano, com decréscimo de desnutridas.

Tabela 20 – Distribuição Proporcional da Situação de saúde das Crianças < 01 ano em relação à vacinação, peso, alimentação e nutrição, da população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Crianças <4 meses (%)	Crianças <4 meses Aleitamento Materno Exclusivo (%)	Crianças <4 meses Aleitamento Misto (%)	Proporção de Crianças <1 ano (%)	Crianças <1 ano com Vacina em dia (%)	Crianças <1 ano pesadas (%)	Crianças <1 ano desnutridas (%)
2006	4	76	22	11	97	80	0,4
2007	4	77	19	12	93	78	0,4
2008	4	80	19	12	95	84	0,4
2009	3	80	18	9	95	85	0,4

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

Nas crianças de um ano houve redução de vacinação em 2007 voltando a aumentar gradualmente em 2008, o percentual de pesagem nessa faixa etária mostrou um incremento neste período de 7% (Tabela 20). Quanto às crianças menores de 02 anos verificou-se que crianças com vacina em dia diminuiu mostrando uma discreta melhora em 2009. Houve redução de crianças com diarreia que foi inversamente proporcional as que usaram Terapia de Reidratação Oral (TRO).

Tabela 21 - Distribuição Proporcional da Situação de saúde das Crianças < 02 anos em relação à vacinação, peso, nutrição, diarreia, TRO e IRA na população cadastrada na ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Crianças 12 a 23 meses (%)	Crianças 12 a 23 meses Vacina em Dia (%)	Crianças 12 a 23 meses Pesadas (%)	Crianças 12 a 23 meses Desnutridas (%)	Crianças > 2 anos (%)	Crianças <2anos com diarreia (%)	Crianças <2anos usaram TRO (%)	Crianças <2anos com IRA (%)
2006	12	96	72	1	23	2	82	6
2007	13	92	74	0	25	2	74	6
2008	14	94	79	0	26	2	73	6
2009	10	95	81	0	19	2	80	7

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010.

Percebe-se em menores de 14 anos, conforme a Figura 8, presença de alcoolismo, número elevado de deficiência física em relação às demais condições. Não houve nenhum registro de distúrbio mental e hanseníase neste período. Há redução da taxa das condições referidas de 5,5 para 4,5 em cada mil.

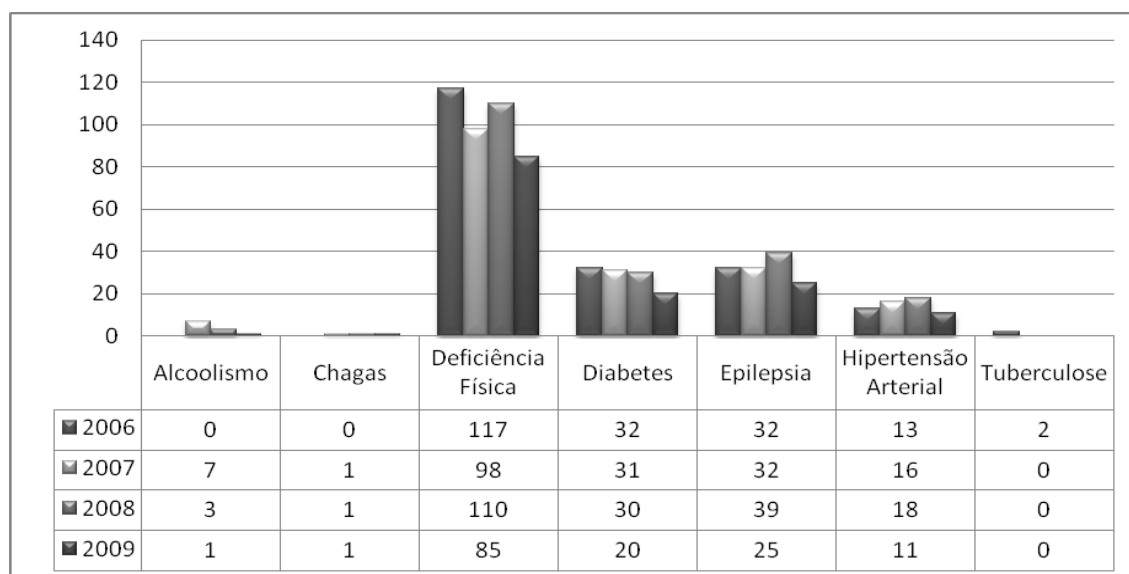


Figura 8 – Frequência de Condições Referidas em menores de 14 anos, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Fonte: SIAB, referente a dezembro de cada ano, 2010.

Em maiores de 15 anos, em relação às condições referidas, verifica-se uma tendência de aumento de diabetes e hipertensão (Figura 9), tendo um comportamento diferente quando comparado a faixa etária anterior (Figura 8).

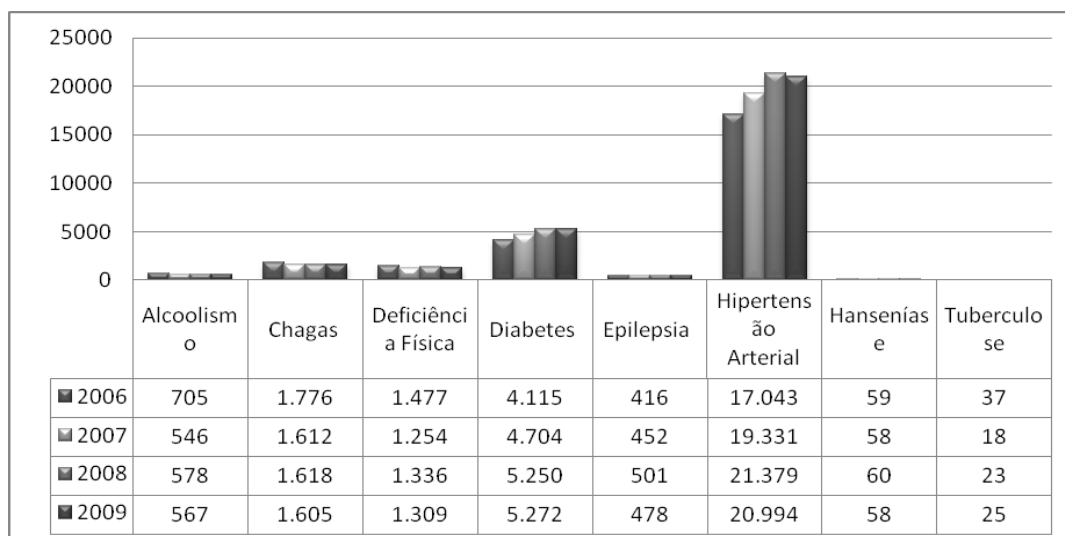


Figura 9 – Frequência das Condições Referidas em 15 anos ou mais, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Fonte: SIAB, referente a dezembro de cada ano, 2010.

Houve redução no acompanhamento de diabéticos, tuberculosos e hansenianos cadastrados. Considerando o número absoluto de tuberculosos cadastrados (Tabela 22).

Tabela 22 – Distribuição Proporcional de Usuários com Diabetes, Hanseníase e Tuberculose Cadastrados e Acompanhados, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Diabetes Cadastrados (%)	Diabetes Acompanhados (%)	Tuberculose Cadastrados (%)	Tuberculose Acompanhados (%)	Hanseníase Cadastrados (%)	Hanseníase Acompanhados (%)
2006	29%	92%	0,2%	95%	0,4%	93%
2007	32%	81%	0,2%	58%	0,3%	86%
2008	35%	81%	0,2%	90%	0,3%	87%
2009	31%	77%	0,1%	86%	0,3%	87%

Fonte: SIAB, referente a dezembro de cada ano. Indicador Calculado, 2010.

Observa-se uma alarmante inconsistência referente aos hipertensos cadastrados, que representa ao longo dos anos, em média, 26% superior a própria população total cadastrada, chegando a alcançar 40% em 2008, como se pode observar na Tabela 23.

Tabela 23 – Distribuição Proporcional de Hipertensos Cadastrados e Acompanhados, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Hipertensão Cadastrados (%)	Hipertensão Acompanhados dos Cadastrados (%)	Hipertensão Acompanhados na População (%)
2006	119	91	108
2007	127	80	102
2008	140	81	114
2009	120	76	92
Média	126	82	104

Fonte: SIAB, referente a dezembro de cada ano. Indicador Calculado, 2010.

Na Tabela 24 ao comparar números absolutos obteve-se quase 40 mil pessoas excedentes que representa em média 850 hipertensos cadastrados por equipe da ESF, além de sua população total cadastrada.

Tabela 24 – Frequência de Hipertensos Cadastrados, Acompanhados e população total cadastrada, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Hipertensão Cadastrados	Hipertensão Acompanhados	População Total	Diferença	Equipes
2006	163.802	149.232	137.723	26.079	555
2007	187.475	150.331	148.098	39.377	838
2008	223.579	180.771	159.268	64.311	1368
2009	179.901	137.473	149.807	30.094	640
Média	188.689	154.452	148.724	39.965	850

Fonte: SIAB, referente a dezembro de cada ano. Indicador Calculado, 2010.

6.1.4. Produção e Marcadores

Começando a análise dessa categoria pela produção dos profissionais da equipe de ESF, na variável Consulta Médica observa-se na Tabela 25 uma maior proporção de consultas realizadas em relação ao total de consultas realizadas na faixa superior a 20 anos, aumento de consultas em menores de um ano e em maior proporção na faixa etária de 60 anos e mais.

Tabela 25 – Distribuição Proporcional de Consultas Médicas por Faixa Etária das Equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Residentes Fora da Área (%)	<1 ano (%)	1 a 4 anos (%)	5 a 9 anos (%)	10 a 14 anos (%)	15 a 19 anos (%)	20 a 39 anos (%)	40 a 49 anos (%)	50 a 59 anos (%)	60 e mais (%)
2006	0,8%	1,4%	2,4%	2,2%	2,1%	3,0%	10,6%	6,5%	7,1%	10,5%
2007	1,0%	1,5%	2,6%	2,3%	2,4%	3,6%	12,1%	8,1%	9,8%	16,2%
2008	1,0%	0,8%	1,4%	1,6%	1,7%	2,3%	7,3%	6,0%	7,6%	12,3%
2009	1,3%	1,1%	1,4%	1,3%	1,6%	2,3%	9,4%	7,4%	9,6%	16,3%
Média	1%	1%	2%	2%	2%	3%	10%	7%	9%	14%

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

Cada equipe da ESF trabalha cinco dias por semana, quatro semanas por mês, durante um ano tem-se 216 dias trabalhados, gerando média de 23 consultas médicas diárias realizadas, e, média de 1,6 consulta por pessoa cadastrada (Tabela 26).

Tabela 26 – Frequência de Consultas Médicas Total das Equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Total de Consultas Médicas	Consulta por Pessoa Cadastrada	Consultas Médicas Diárias	Consultas Médias Diárias por Equipe
2006	251.591	1,8	1.165	25
2007	225.256	1,5	1.043	22
2008	216.606	1,4	1.003	21
2009	242.774	1,6	1.124	24
Média	234.057	1,6	1.084	23

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

No tipo de atendimento dos médicos e de enfermagem, há maior concentração do percentual nos atendimentos referentes à hipertensão arterial, seguido de puericultura (Tabela 27).

Tabela 27 – Distribuição Proporcional do Tipo de Atendimento das Equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Puericultura (%)	Pré-Natal (%)	Preventivo citológico (%)	DST/AIDS (%)	Diabetes (%)	Hipertensão Arterial (%)	Hanseníase (%)	Tuberculose (%)
2006	9,6%	3,7%	6,1%	7,0%	22,6%	58,1%	0,1%	0,2%
2007	9,6%	3,1%	6,8%	6,6%	29,0%	71,8%	0,1%	0,1%
2008	5,0%	1,9%	4,6%	3,7%	19,9%	50,1%	0,1%	0,2%
2009	6,5%	2,7%	6,7%	6,1%	28,8%	68,8%	0,1%	0,1%
Média	8%	3%	6%	6%	25%	62%	0%	0%

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

Quanto à solicitação médica de exames complementares os exames de patologia clínica representam média de 75% das solicitações realizadas e apresenta um aumento de 15% em relação aos anos de 2006 a 2010 (Tabela 28).

Tabela 28 – Frequência de Solicitação médica de exames complementares, pelas Equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Patologia Clínica (N)	Radio-Diagnóstico (N)	Citopatológico (N)	Ultrassonografia (N)	Outros (N)	Total (N)	Exames por Consulta (%)
2006	23.641	3.523	2.839	1.190	4.625	35.818	14
2007	36.120	4.948	2.452	1.105	4.751	49.376	22
2008	26.758	3.644	1.690	670	3.593	36.355	17
2009	47.669	4.053	2.393	873	3.830	58.818	24
Média	33.547	4.042	2.344	960	4.200	45.092	19

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

Nos encaminhamentos médicos segundo a Tabela 29 não há nenhuma internação domiciliar registrada no ano de 2006, e houve em média 5% de encaminhamentos em relação ao total de consultas realizadas (Tabela 29).

Tabela 29 – Frequência de Encaminhamentos médicos realizados, pelas Equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Atendimento Especializado (N)	Internação Hospitalar (N)	Urgência Emergência (N)	Internação Domiciliar (N)	Total (N)	Proporção Encaminhamentos por Consultas (%)
2006	8.837	143	1.024	0	10.004	4
2007	13.304	168	1.175	137	14.784	7
2008	8.323	62	747	35	9.167	4
2009	12.110	48	905	202	13.265	5
Média	10.644	105	963	94	11.805	5

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

Houve um crescimento do número de atendimentos individuais, por profissionais de nível superior, o aumento foi 25% em 2008 e 35% em 2009, neste mesmo ano, os realizados por enfermeiros, alcançou 96% da população cadastrada (Figura 10).

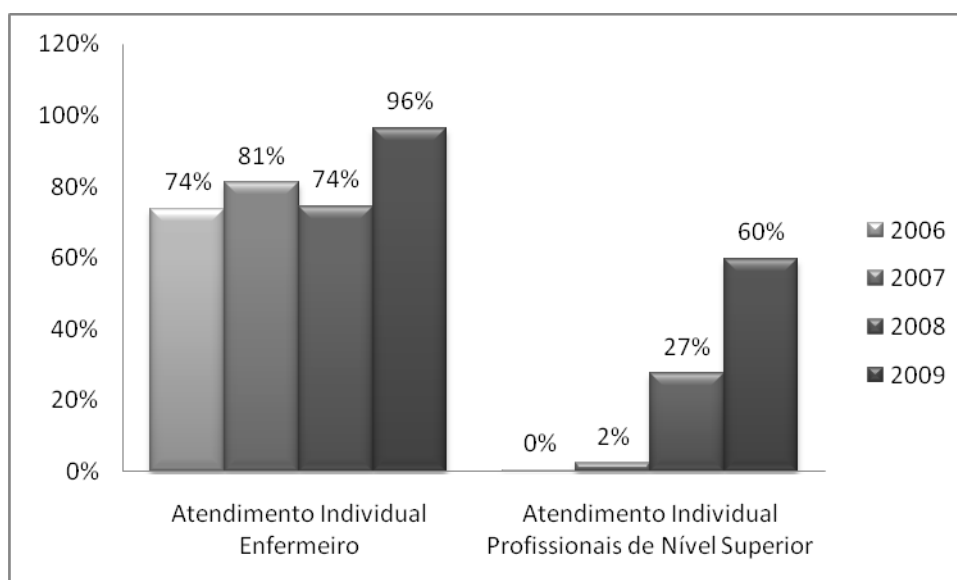


Figura 10 – Distribuição Proporcional de Atendimentos Individuais por Profissional de nível Superior, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

Na tabela abaixo de procedimentos realizados pela equipe de saúde, exceto as consultas médicas, tem-se um aumento de 18% na realização de suturas e na proporção de procedimentos realizados na população cadastrada, sendo que 48% da população realizou algum procedimento no ano de 2009.

Tabela 30 – Frequência de Procedimentos Realizados pelas Equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Curativos	Inalações	Injeções	Retirada de pontos	Terapia Reidratação Oral	Sutura	Procedimentos na População Cadastrada (%)
2006	3.060	7.724	22.261	1.177	911	276	26%
2007	4.194	10.485	47.058	1.862	1.402	600	44%
2008	3.388	10.289	63.244	1.211	1.294	487	50%
2009	3.809	10.650	51.706	2.057	1.861	1.520	48%

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

A quantidade de atendimentos em grupos alcançou 55% em 2009. Entretanto, o número de reuniões reduziu abruptamente (64%) em relação ao ano anterior (Figura 11).

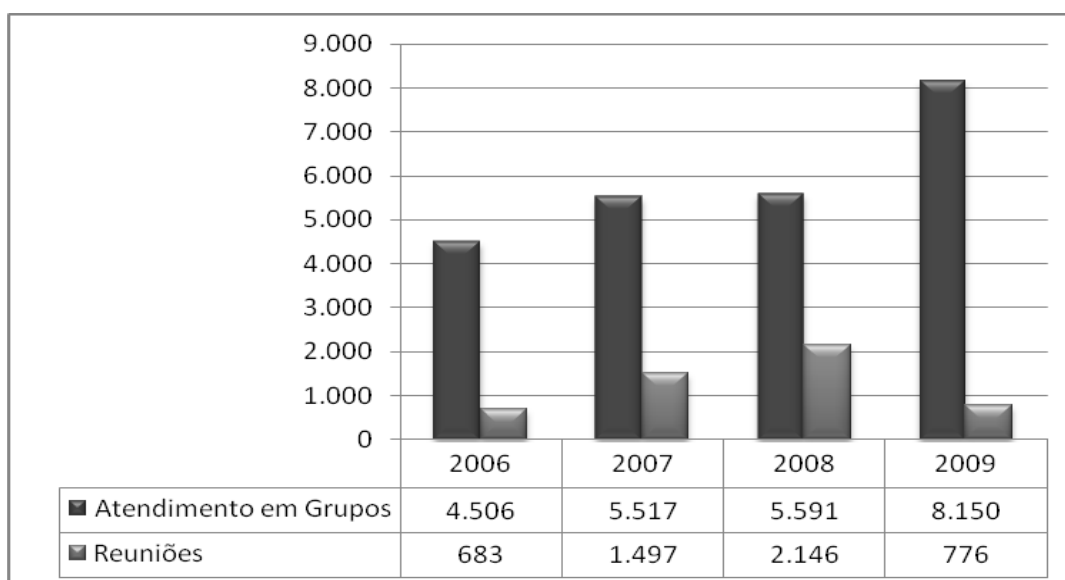


Figura 11 – Distribuição Proporcional de Atendimento em Grupos e Reuniões realizadas pelas equipes da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Fonte: SIAB, 2010.

Nas visitas domiciliares em relação ao número de famílias cadastradas, houve crescimento das visitas realizadas por médico, redução na proporção de visita por profissionais de nível superior e de nível médio, que em 2008 diminuiu em 47% se comparado a 2006 (Tabela 31).

Tabela 31 – Distribuição Proporcional de Visitas Domiciliares realizadas pela Equipe da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Visita Médico (%)	Visita Enfermeiro (%)	Visita Outros Profissionais de Nível Superior (%)	Visita Profissional de Nível Médio (%)
2006	13	26	20	74
2007	15	24	9	42
2008	11	17	8	27
2009	18	24	12	38

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

Houve redução significativa no ano de 2009 das visitas e acompanhamentos domiciliares realizados por agentes comunitários de saúde em relação ao número de famílias cadastradas (Figura 12).

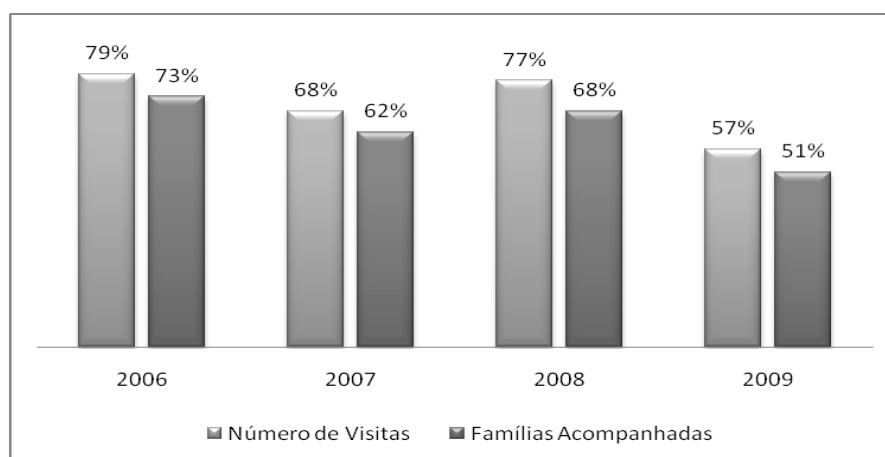


Figura 12 – Distribuição Proporcional das Visitas Domiciliares realizadas por Agente Comunitário de Saúde, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

Os marcadores de saúde, na Tabela 32, apontam para o aumento nos casos de meningite tuberculosa em 2009.

Tabela 32- Frequência dos Marcadores de saúde, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Valvulopatia Reumática 5-14 anos.	DHEG (Forma Grave)	Doença Hemolítica Peri natal	Meningite Tuberculosa	Hanseníase Grau II e III	Citologia Ontológica NIC III	Pneumonia <5 anos
2006	1	4	1	1	-	1	187
2007	14	2	-	-	26	11	55
2008	-	4	-	2	14	5	126
2009	-	1	0	5	17	11	99

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

A Tabela 33 apresenta os marcadores de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e fratura de colo de fêmur que apresentaram redução considerável no ano de 2008.

Tabela 33- Frequência e Taxas (por 10.000 habitantes) dos Marcadores de Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e Fratura de Colo de Fêmur a cada mil na faixa etária, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	AVC	Taxa de AVC ^E	IAM	Taxa de Infarto ^F	Fratura de Colo Fêmur	Taxa de Fratura Colo Fêmur ^G
2006	168	35,6	115	24,3	24	16,1
2007	97	18,3	108	20,3	23	13,3
2008	83	14,3	76	13,1	14	7,2
2009	117	20,3	116	20,1	28	14,0

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

^E Cálculo do Número de internações por AVC dividido pela população de 40 e mais anos, multiplicado por 10.000.

^F Cálculo do Número de internações por AVC dividido pela população de 40 e mais anos, multiplicado por 10.000.

^G Cálculo do Número de fraturas de colo de fêmur dividido pela população de 60 e mais anos, multiplicado por 10.000.

Quanto às hospitalizações informadas temos redução nas taxas de internação em menores de 05 anos, considerando os números absolutos representaram média de 14% nas hospitalizações por abuso de álcool e psiquiátricas (Tabela 34).

Tabela 34- Hospitalizações Informadas pela Equipe da ESF, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Taxa em < 5 anos por Pneumonia	Taxa em < 5 anos por Desidratação	Abuso Álcool	Psiquiátricas	Proporção de Internação por Outras Causas (%)
2006	20	4,8	70	141	90%
2007	12	3,3	52	101	91%
2008	15	3,5	87	122	91%
2009	12	2,5	43	94	91%

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

Observa-se inconsistências nos dados referentes à pneumonia em menores de 05 anos entre o número informado na variável hospitalização e a variável marcador de saúde, atingindo 66 ocorrências em 2007, contudo a diferença reduziu expressivamente em 2009 (Tabela 35).

Tabela 35- Hospitalizações e Marcador de Pneumonia em menores de cinco anos, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Hospitalização < 5 anos por Pneumonia	Marcador Pneumonia <5 anos	Diferença
2006	201	187	14
2007	121	55	66
2008	154	126	28
2009	100	99	1

Fonte: SIAB. Indicador Calculado.

Os dados informados da variável óbito na população cadastrada em menores de um ano mostraram a ocorrência de óbitos por causas preveníveis pela ação da ESF como diarreia e IRA, sendo o ano de 2008, o que registrou o maior número de óbitos do período (Tabela 36).

Tabela 36- Óbitos informados em menores de um ano por faixa etária e causa, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	<28dias Diarreia	<28dias IRA	<28dias Outras Causas	28dias a 11meses Diarreia	28dias a 11meses IRA	28dias a 11meses Outras Causas	<1ano Diarreia	<1ano IRA	<1ano Outras Causas
2006	-	-	13	-	2	3	-	2	16
2007	2	1	9	1	-	-	3	1	9
2008	-	-	14	-	1	8	-	1	22
2009	-	1	2	1	-	3	1	1	5
Média	2	1	9,5	1	1,5	5	2	1	13

Fonte: SIAB, Indicador Calculado, 2010

Em 2009 houve uma redução significativa nos coeficientes de mortalidade infantil apresentados (Tabela 37).

Tabela 37- Coeficientes de Mortalidade Infantil, Pós-Neonatal e Neonatal, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Ano	Coeficiente de mortalidade neonatal ^H	Coeficiente de mortalidade infantil tardia ^I	Coeficiente de mortalidade infantil ^J
2006	10,7	4,1	1,1
2007	10,3	0,9	0,7
2008	10,1	6,5	1,2
2009	3,3	4,4	0,5
Média	8,6	4,0	0,9

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

Houve queda do número de óbitos em adolescentes por violência, sendo que em 2009 não houve nenhuma ocorrência (Figura 13).

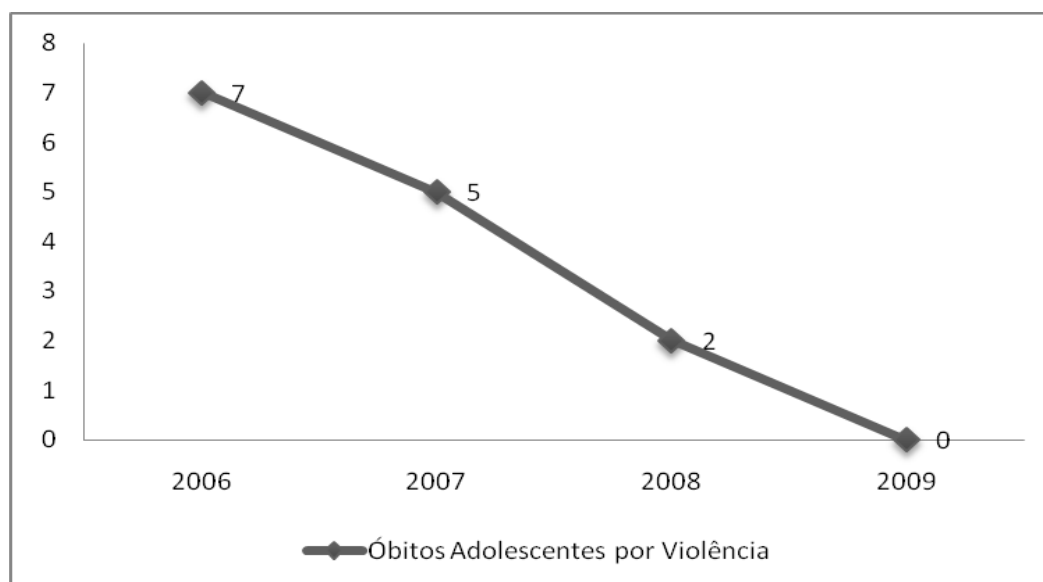


Figura 13 – Número de Óbitos em adolescentes por violência, Uberaba-MG, 2006 a 2009.
Fonte: SIAB, 2010.

As taxas de mortalidade em mulheres por faixa etária têm comportamento inverso ao longo dos anos considerados, com crescimento na faixa etária de 10 a 14 anos e redução na faixa de 15 a 49 anos, acompanhando a mortalidade de mulheres em idade fértil – 10 a 49 anos (Figura 14).

^H Cálculo do número de óbitos de 28 dias a 11 meses completos divididos pelos nascidos vivos, por mil, no ano.

^I Cálculo do número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos divididos pelos nascidos vivos, por mil, no ano.

^J Cálculo do número de óbitos de menores de um ano divididos pelos nascidos vivos, por mil, no ano.

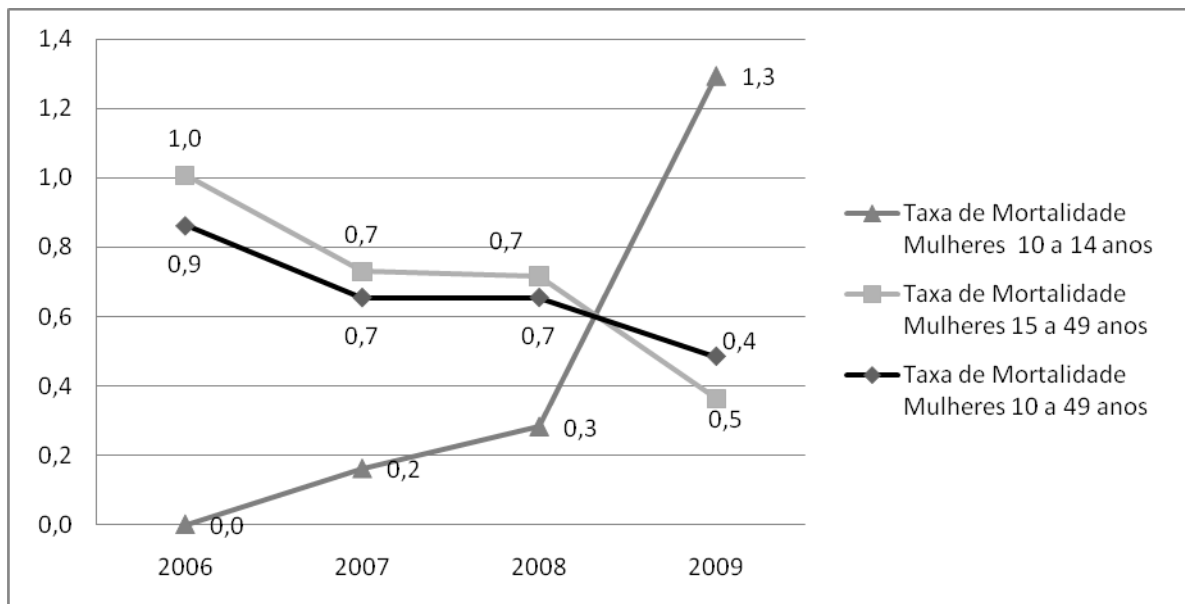


Figura 14 – Taxas de Mortalidade em mulheres em idade fértil por faixa etária, Uberaba-MG, 2006 a 2009.

Fonte: SIAB. Indicador Calculado, 2010.

7. DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta uma abordagem de avaliação da Atenção Primária, cujos resultados apontam melhor desempenho das atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família em relação aos aspectos investigados. Existem evidências na literatura que dão suporte às variáveis estudadas (BRASIL, 2009), embora seja eventualmente difícil estabelecer parâmetros de bom desempenho para as atividades de assistência à saúde.

Contudo, os resultados do presente estudo podem ser tomados em conjunto com outras pesquisas, que têm mostrado uma interferência positiva da ESF, especialmente vinculada à população mais necessitada.

Na comparação entre os componentes etários extremos da população, verifica-se elevação, sugerindo estágio avançado na transição demográfica. O progressivo declínio da proporção de menores de um ano em relação aos idosos com o declínio da taxa Bruta de Natalidade é um fenômeno nacional que representa o processo de transição demográfica que se encontra o país (CARVALHO; RODRIGUEZ-WONG, 2008; CHAIMOWICZ, 2009).

A razão de sexo da área de abrangência da ESF está acima da apresentada pelo município que era de 94,33 em 2006, e do estado de Minas Gerais em 2006, apresenta razão de sexos 97,96, enquanto a razão da região sudeste nesse mesmo período é de 95,55 em detrimento do território nacional que se encontra em 96,69 (IDB, 2008). Entretanto, a justificativa desse fenômeno no município necessita de estudos complementares.

Os indicadores de escolaridade refletem a proporção pessoas com 15 anos ou mais alfabetizadas, que é de 93% segundo dados do censo IBGE (2000), entretanto, abaixo da meta do Ministério da Educação através do Programa Brasil Alfabetizado (BRASIL, 2007), que confere o Selo de Município Livre do Analfabetismo, aos municípios que atingirem mais de 96% de alfabetização.

Encontrou-se um perfil de saneamento básico que comparado aos resultados municipais, apresenta-se abaixo em relação ao abastecimento de água pela rede pública e por poços (95,2% e 4,5%), acima no tipo de destino das fezes por esgoto de 94,7%, e praticamente igualando em relação ao destino do lixo de 96,4% (IBGE, 2000). Entretanto é necessário ponderar estes resultados, tendo em vista que a média de incremento destes indicadores foi positiva como demonstra a Tabela 14.

Salienta-se que as áreas que são cobertas pela ESF no município são as de regiões periféricas, inclusive abrangendo toda a zona rural, que tende a ser mais vulnerável

socialmente, sendo que quaisquer avanços nestes indicadores podem refletir expressivamente no resultado municipal.

Um fenômeno interessante pode ser observado na Tabela 15, que mostra a redução do percentual de casas com energia elétrica em 1,6%. Esse fato, pode estar associado à relação entre renda e exclusão elétrica sobrevinda do efeito geográfico, onde famílias mais pobres tenderiam a residir nas periferias, e zona rural, onde a chance de não haver rede de energia elétrica é mais alta que nas regiões centrais dos núcleos urbanos devido a localização da região de cobertura pela ESF, como a falta de oferta dos serviços de energia elétrica, ou seja, à falta de infra-estrutura de distribuição que permita o atendimento à toda a população (DANNI, FARIAS, SOUZA et al., 2004). Tal ocorrência merece outros estudos.

O aumento do número de pessoas cadastradas que possuem plano de saúde pode estar refletindo em maior acesso aos serviços de saúde alternativos ao sistema público, assim como uma melhoria na renda da população.

Houve declínio de todos os indicadores de saúde das gestantes indicando necessidade de melhorias das políticas públicas de saúde neste setor que pode ser influenciando por fatores socioeconômicos, por uma assistência desarticulada e parcial ratificando a necessidade de permanentes ajustes, avaliações e novas intervenções. O início tardio do acompanhamento em detrimento da captação precoce, retardando a identificação das gestações de risco, gestantes desnutridas e com esquema de vacinação incompleto, comprometem a qualidade da assistência pré-natal (PEREIRA et al., 2010).

O incremento de crianças com aleitamento materno exclusivo é inversamente ao aleitamento misto, níveis de prevalência elevados estão associados as boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo potencial resistência às infecções. A melhora destes índices, segundo Venâncio et al. (2010), é compatível com o conjunto das capitais brasileiras na última década. Entretanto para que o Brasil atinja índices compatíveis com a recomendação da OMS ainda requer grande esforço.

O aumento na pesagem e decréscimo de desnutrição nas crianças pode indicar melhoria da atenção prestada uma vez que nas crianças menores de cinco anos, o déficit ponderal está quase sempre associado a baixos níveis socioeconômicos e a déficit na assistência materno-infantil.

Quanto a redução de crianças com diarreia que foi inversamente proporcional as que usaram TRO pode indicar uma melhoria nas orientações realizadas pelas equipes da ESF. Entretanto, a média de crianças com vacinação em dia (95%) apesar de ser significativa ainda está aquém à proposta do Programa Nacional de Imunização (PNI), cujo objetivo principal é

alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea em todo território (BRASIL, 2010).

Todos os indicadores discutidos acima podem ter contribuído para a redução da taxa de hospitalização em menores de cinco anos e a redução drástica nos coeficientes de mortalidade infantil apresentados.

Em todas as faixas etárias, a redução das taxas de prevalência das condições de saúde referidas representa uma melhoria da situação de saúde. Não houve nenhum registro de distúrbio mental, pois este dado apesar de constar nos relatórios gerados pelo SIAB no meio digitalizado não está presente nas fichas de coleta de dados.

A produção dos profissionais das equipes da ESF em relação aos parâmetros para programação das ações básicas de saúde (BRASIL, 2001), e os atendimentos de enfermeiro e outros profissionais de saúde de nível superior estão dentro dos parâmetros, já a consulta médica por pessoa cadastrada está abaixo e pode estar relacionado à disponibilidade de recursos humanos e alta rotatividade profissional que é uma realidade nacional. O crescimento do número de atendimentos individuais, por profissionais de nível superior está atrelado à implantação do modelo matricial em 2007 reforçado pela política do NASF no município em 2008.

De acordo com o Ministério da Saúde o médico que compõe a equipe da ESF está preparado para solucionar 85% dos problemas de saúde mais prevalentes e comuns (BRASIL, 2000), os dados apresentam uma alta efetividade clínica (95%) se for considerado os encaminhamentos realizados pela média das consultas realizadas. Quanto a solicitação médica de exames complementares está em consonância com a média brasileira para patologia clínica e imagenologia (IDB, 2008).

O avanço no número de atendimentos em grupos e reuniões realizadas representa um avanço frente ao desafio da promoção e prevenção em saúde, tendo em vista que os mesmos a partir de uma assistência co-participativa tornam possível o alcance de melhor qualidade de vida.

A porcentagem de atendimentos realizados nas unidades de Saúde da Família do município segundo ações estratégicas implementadas, deixam evidente que hipertensos e diabéticos formam o grupo populacional que mais procura o serviço de saúde. A assistência prestada deve estar satisfatória uma vez que marcadores de infarto agudo do miocárdio (IAM) acidente vascular cerebral (AVC) apresentaram redução.

A diminuição gradual do número de ACS ao longo dos anos e a dificuldade de reposição dos mesmos levaram a redução significativa das visitas e acompanhamentos

domiciliares realizados por agentes comunitários de saúde em relação ao número de famílias cadastradas o que é prejudicial, pois constitui um meio importante de aproximação entre a equipe da ESF e as famílias, favorecendo o acesso aos serviços.

Houve inconsistências nos dados referentes à pneumonia em menores de 05 anos entre o número informado na variável hospitalização e a variável marcador de saúde, assim como na variável hipertensos cadastrados. Segundo Rodrigues & Rodrigues et al. (2008), é comum existirem disparidades tanto na coleta como na geração dos dados, estando relacionadas tanto a problemas com os sistemas de informação quanto a falta de articulação, sensibilização e conhecimento dos diversos profissionais; sendo necessária análise mais profunda, detalhada e sistemática em todos os níveis do fluxo dos dados afim de se compreender o fenômeno para se desenvolver estratégias de melhoria dos sistemas de informação em saúde e qualidade das informações.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste levantamento buscou-se analisar ações da Estratégia Saúde da Família, através das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica das áreas de abrangência das ESF do município de Uberaba-MG no período de 2006 a 2009, de maneira a oferecer subsídios a fim de melhorar o planejamento das ações destinadas à saúde da família municipal.

O modelo assistencial que rege no município ainda possui características do sistema fragmentado de atenção a saúde, voltado para as condições agudas, em que Atenção Primária a Saúde permanece com baixa resolubilidade e qualidade. Na questão do modelo assistencial, é importante colocar que a rede de cuidado pelo modelo da reorganização deveria ser fundamentado no território dos Distritos Sanitários, e os mesmos deveriam ter uma contingência satisfatória, com base em sua população e características, de serviços de saúde no que perfaz as Unidades Primária de Atenção, as Unidades de Especialidades Médicas - URS e as Unidades de Pronto-Atendimento.

Portanto, com esse conjunto de informações temos uma realidade das Unidades de Atendimento em Saúde com Equipes incompletas; poucos problemas de saúde resolvidos; usuários percorrendo vários locais em busca da resolução de seus problemas de saúde; serviços de saúde da mesma complexidade oferecidos de forma desproporcional e pulverizada nos distritos sanitários; sobrecarga de trabalho para alguns profissionais e vínculos de trabalho precários para os profissionais de saúde. Percebe-se que existem tentativas de transição para um modelo integrado, em que a atenção primária busca ter ações mais resolutivas e eficazes, porém ainda não suficientes.

Observa-se que após implantação do PDAPS houve várias modificações na forma de atendimento, na primeira oficina realizada em maio de 2009, as principais reclamações da equipe estavam relacionadas a filas, falta de acolhimento e agendamento de consultas, problemas estes que vem sendo amenizados.

Certamente há resistência a uma nova filosofia de trabalho, implicando por parte de alguns dos participantes do processo de mudança estejam no papel de gestores, profissionais de saúde ou usuários. A partir deste trabalho verifica-se que o uso do SIAB, de maneira apropriada, constitui uma ferramenta fundamental para a consolidação da ESF através do diagnóstico, e monitoramento para um planejamento eficaz.

Para tanto é imperativo algumas estratégias como realizar ações educativas junto aos digitadores e profissionais da ESF; emitir e divulgar relatórios periódicos acerca da situação

de saúde e dos indicadores pactuados pela atenção básica; buscar estabelecer relação com os outros sistemas de saúde; incentivar as equipes da ESF quanto a avaliação e monitoramento de sua área de abrangência com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento; realizar ações de monitoramento e avaliação periódicas dos instrumentos de gestão como os pactos, SIAB e Plano Municipal de Saúde; buscar meios de cooperação técnica das instâncias superiores e universidades; identificar as inconsistências, realizar análise crítica, detalhada e sistemática de suas causas e corrigi-las.

Apesar da baixa cobertura, onde há a Estratégia Saúde da Família observa-se melhoria nos indicadores de saúde, mostrando a necessidade de ser este o eixo norteador das ações em saúde. É imprescindível implantar a avaliação dos serviços e estratégias para monitoramento dos indicadores e da qualidade da atenção. Verifica-se a necessidade de maior aproximação da coordenação com as equipes no intuito de fortalecer a parceria para a resolução de problemas e na busca da organização dos serviços de saúde, levando em consideração a realidade epidemiológica e sanitária, os serviços existentes, a capacidade operacional instalada e o nível do processo de descentralização da Atenção Primária e tendo como base a os princípios do SUS.

É importante destacar que, embora tenham apresentado melhoria no desempenho no período considerado, ainda está aquém das necessidades da população. Muitas ações devem ser melhoradas, e novas ações são ainda necessárias para aumentar a efetividade das equipes da ESF sendo requeridos novos estudos para avaliar o impacto na saúde da reorganização do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Fev. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Parâmetros para programação das ações básicas de saúde**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2002. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 399 de 22/02/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, p. 71, 29 de março de 2006. Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. 1ª. ed., 4.ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: Caderno 1. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da atenção básica – SIAB**: indicadores 2006. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 6. Ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação do Programa Nacional de Imunizações**. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br>> Acesso em 10 de mar. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto 6.093 de 14 de Abril de 2007. Dispõe sobre a reorganização do Programa Brasil Alfabetizado, visando a universalização da alfabetização de jovens e adultos de quinze anos ou mais, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2007. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6093.htm#art18>. Acesso em 02 de jan. 2010.

DANNI, L. L.; FARIAS, R. C. G. B.; SOUZA, P. C. et al. Diagnóstico da Exclusão no Acesso aos Serviços de Energia Elétrica no Brasil. **Revista do Tribunal de Contas da União**, ano 35, nr. 99, p. 32-40, jan./mar. 2004. Disponível em <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/biblioteca_tcu/biblioteca_digital/REVISTA0099.pdf>. Acesso em 02 de jan. 2010.

CAMARGO JR. K. R.; CAMPOS, E. M. S.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA et. al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24, 2008. pg. 58-68

CARVALHO, J. A. M; RODRIGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2008. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300013&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 05 dez. 2010.

CHAIMOWICZ, F et al. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 172p. : il.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. **Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica - SIAB**. Rev Latino-am Enfermagem jul-ago, v. 13 n. 4, 2005. p. 547-54.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Minas Gerais**: Uberaba. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 25 mai. 2010.

LIMA, M. V. A informática médica na atenção primária. In: DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: conduta de atenção primária baseada em evidências**. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

PEREIRA, Q. L. C.; CORRÊA, A. C. P.; LIMA, A. P. et al. Sistema de informação da atenção básica: situação de saúde de um município de Mato Grosso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 1, jan/mar, 2010. p. 36-43

RODRIGUES, C. G.; RODRIGUES, F. G.; WONG, PERPÉTUO, L. R.; I. H. O. Os sistemas de informação em saúde: do processo de trabalho à geração dos dados em Minas Gerais. Trabalho apresentado no **XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP, realizado em Caxambu, MG. Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. Disponível em <www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario.../D08A140.pdf>. Acesso em 17 nov. 2010.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SILVA JUNIOR A. G. As propostas de saúde coletiva. In: **Modelos tecnoassistenciais em saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

TAVARES, M. A prática da atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E R .J. **Medicina ambulatorial**: conduta de atenção primária baseada em evidências. 4ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

VENANCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 86, n. 4, Ago. 2010 .
Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso 17 nov. 2010.

ZUCCHI, P. NERO, C. D. MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, vol 9, 2000. 127-150.

ANEXOS

Anexo I – Ficha A

FICHA A	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA	UF [][]			
ENDEREÇO		NÚMERO [][][][]	BAIRRO	CEP [][][][]-[][][][]	
MUNICÍPIO [][][][][][][][]	SEGMENTO [][]	ÁREA [][][]	MICROÁREA [][]	FAMÍLIA [][][]	DATA [][]-[][][]-[][][]

CADASTRO DA FAMÍLIA							
PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZAD O		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTE A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

<i>ALC - Alcoolismo</i>	<i>EPI - Epilepsia</i>	<i>HAN - Hanseníase</i>
<i>CHA - Chagas</i>	<i>GES - Gestação</i>	<i>MAL - Malária</i>
<i>DEF - Deficiência</i>	<i>HA - Hipertensão Arterial</i>	
<i>DIA - Diabetes</i>	<i>TB - Tuberculose</i>	

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros - Especificar:	

PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Cooperativa	
Grupo religioso	
Associações	
Outros - Especificar:	
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
Ônibus	
Caminhão	
Carro	
Carroça	
Outros - Especificar:	

OBSERVAÇÕES

Anexo II – Ficha PMA2

Relatório PMA2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO _ _ _ _ _ _ _	SEGMENTO _ _	UNIDADE _ _ _ _ _ _ _	ÁREA _ _ _	MÊS _ _	ANO _ _ _ _
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO					

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO			
C O N S M É D I C A	residentes fora da área de abrangência		
	residentes na área de abrangência da equipe	< 1	
		1 - 4	
		5 - 9	
		10 - 14	
		15 - 19	
		20 - 39	
		40 - 49	
		50 - 59	
	60 e mais		
Total			
Total geral de consultas			
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura		
	Pré-Natal		
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino		
	DST/AIDS		
	Diabetes		
	Hipertensão Arterial		
	Hanseníase		
	Tuberculose		
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica		
	Radiodiagnóstico		
	Citopatológico cérvico-vaginal		
	Ultrassonografia obstétrica		
	Outros		
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado		
	Internação Hospitalar		
	Urgência/Emergência		
Internação Domiciliar			
P R O C E D I M E N T O S	Atendimento específico para AT		
	Visita de Inspeção Sanitária		
	Atend. individual Enfermeiro		
	Atend. individual outros prof. nível superior		
	Curativos		
	Inalações		
	Injeções		
	Retirada de pontos		
	Terapia da Reidratação Oral		
	Sutura		
	Atend. Grupo - Educação em Saúde		
	Procedimentos Coletivos I (PC I)		
	Reuniões		

MARCADORES	
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações do Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	

VISITAS DOMICILIARES	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS	
Total	

Anexo III – Ficha PMA2

Relatório SSA2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						MÊS:	ANO:			
	MUNICÍPIO (nome):	MUNICÍPIO (código):	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA						
RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE											
MICROÁREA ↗	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Nascidos vivos no mês											
RN pesados ao nascer											
RN pesados ao nascer, com peso < 2500g											
De 0 a 3 meses e 29 dias											
Aleitamento exclusivo											
Aleitamento misto											
De 0 a 11 meses e 29 dias											
Com as vacinas em dia											
Pesadas											
Desnutridas											
De 12 a 23 meses e 29 dias											
Com as vacinas em dia											
Pesadas											
Desnutridas											
Menores de 2 anos											
Que tiveram diarreia											
Que tiveram diarreia e usaram TRO											
Que tiveram infecção respiratória aguda											
Cadastradas											
Acompanhadas											
Com vacina em dia											
Fez consulta de pré-natal no mês											
Com pré-natal iniciado no 1º TRI											
< 20 anos cadastradas											

MICROÁREA ⇄		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Diabéticos	cadastrados											
	acompanhados											
Hipertensos	cadastrados											
	acompanhados											
Pessoas com Tuberculose	cadastradas											
	acompanhadas											
Pessoas com Hanseníase	cadastradas											
	acompanhadas											
H	Menores de 5 anos por pneumonia											
O	Menores de 5 anos por desidratação											
S	Por abuso de álcool											
P	Por complicações do Diabetes											
I	Por outras causas											
T.	Total											
	Internações em hospital psiquiátrico											
	De menores de 28 dias											
	Por diarreia											
	Por infecção respiratória aguda											
	Por outras causas											
	De 28 dias a 11 meses e 29 dias											
	Por diarreia											
	Por infecção respiratória											
	Por outras causas											
I	De menores de 1 ano											
T	Por diarreia											
O	Por infecção respiratória											
S	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											
	Visita domiciliar - ACS											
	Total de famílias Acompanhadas											

Anexo IV – Autorização do Gestor Municipal



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Departamento de Medicina Social
Av. Getúlio Guarita, 30 – Abadia- 38025-440- UBERABA-MG
(34) 3318-5222 / 3318-5223 – medsocial@he.uftm.edu.br

Of.nº 030/2010/DMS/UFTM

Uberaba, 09 de dezembro de 2010.

Dr. Valdemar Hial
Secretário de Saúde de Uberaba -MG


Assunto: autorização para pesquisa

Senhor Secretário,

Tendo em vista a confecção de dissertação de mestrado da Sra. Fabiana Brito da Silva, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Atenção à Saúde da UFTM, intitulada: “ Análise da Distribuição da Vulnerabilidade de Risco Familiar da Área de Abrangência das Equipes de Saúde da Família de Uberaba/MG – 2010”, venho, por meio deste, solicitar à V.Sa. a autorização para utilização dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), relativo ao período de 2006 a 2010, bem como do software SG-AI cedido pelo Instituto de Atenção Social Integrada, caso o referido projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM.

Certa de sua atenção e colaboração, desde já agradeço e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,


Profa.Dra. Sybelle de Souza Castro Miranzi
Orientadora

De acordo
H. /
Valdemar Hial
Secretário de Saúde de Uberaba -MG