



Universidade Federal Fluminense

v.11, n.1 (2012)
ISSN 1676-4285



ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Recebido: 11/08/2011
Aprovado: 16/03/2012



SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO: ESTUDO DE CASO EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS / BA

Ramona Garcia Souza¹, Maria da Conceição Costa Rivemales²,
Mariluce Karla Bomfim de Souza³

1,2,3 Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)



ESTUDO DE CASO

Ramona Garcia Souza
[http://www.objnursing.uff.br/
ramonagarcia1@hotmail.com](http://www.objnursing.uff.br/ramonagarcia1@hotmail.com)
Centro de Ciências da Saúde.
Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia, Brasil.

RESUMO

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um importante instrumento de planejamento das atividades e serviços oferecidos na unidade de estratégia de saúde da família, pois permite a análise de situação de saúde da comunidade assistida e a avaliação do trabalho desenvolvido pela equipe. Este artigo descreve a situação de saúde da população adscrita de uma unidade de saúde no recôncavo baiano. Foram coletados dados a partir do DATASUS (relatórios consolidados da situação de saúde (SSA2) e do SIAB) referente à Unidade de Saúde da Família (USF) estudada, no período de janeiro a julho de 2009, por ser este o período em que tivemos acesso. Para a análise dos dados foi feita a frequência absoluta e relativa dos dados com o auxílio do programa Excel. Os dados fornecidos pelo SIAB permitem que a Equipe de Saúde da Família (ESF) caracterize o perfil populacional, epidemiológico e condições de vida da população e avalie quantitativamente a produção de serviços da USF. A análise desses dados facilita o processo de tomada de decisão gerencial baseado na realidade situacional da saúde da população.

Palavras-chaves: Sistemas de informação; Programa Saúde da Família; Enfermagem em Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de informação em saúde, na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), configuram-se como instrumentos capazes de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações(1). A produção de informações em saúde vem se conformando como uma importante ferramenta de controle social, na medida em que possibilita à população o acompanhamento e avaliação das atividades dos serviços de saúde. Isso também é válido para a fiscalização da aplicação dos recursos públicos destinados à área social a partir da análise dos perfis epidemiológicos de determinada localidade(2).

No Brasil, os principais sistemas de informação em saúde são: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (2).

A estratégia de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) a fim de promover a mudança do modelo assistencial traz a descentralização da produção de informações em saúde como parte imprescindível. Nesse sentido, o ponto de partida para a construção da informação em saúde é o conhecimento sobre o coletivo de famílias que residem numa dada localidade e a identificação das necessidades de saúde das mesmas(2).

E ainda, a força e o valor da informação (dado analisado) dependem da precisão com que o dado é gerado. Portanto, os responsáveis pela coleta devem ser preparados para aferir a qualidade do dado obtido, que em nível das Unidades de Saúde da Família (USF), compreendem os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). São eles os principais responsáveis pela obtenção dos dados que alimentarão o SIAB (3).

O SIAB é "um sistema de registro mensal de dados de produção de serviços da atenção básica (consultas médicas, cobertura vacinal, consultas de pré-natal, procedimentos de enfermagem, visitas domiciliares, entre outros), de situação de saúde (notificação e acompanhamento de alguns agravos, óbitos, nascimentos e internações) e condições demográficas e sócio-sanitárias" (3).

Sendo assim, o SIAB, criado em 1998, se conforma como instrumento de gestão e informação em saúde das equipes do PSF, importante sob os pontos de vista de planejamento das atividades e serviços oferecidos na unidade, pois permite conhecer a realidade sócio-sanitária da comunidade assistida, bem como, amiúde, a avaliação do trabalho desenvolvido e a adequação dos serviços de saúde oferecidos. Os principais instrumentos de coleta do Siab são: ficha de cadastro das famílias e levantamento de dados socio sanitários, preenchidos pelo agente comunitário de saúde (ACS); fichas de acompanhamento de grupos de risco e de problemas de saúde prioritários, também preenchidas mensalmente pelos ACS; e fichas de registro de atividades, procedimentos e notificações, produzidas mensalmente por todos os profissionais das equipes de saúde. Os dados gerados por meio das fichas de coleta são, em grande parte, agregados e alguns deles consolidados antes de serem lançados no programa informatizado. Após o processamento dos dados, são produzidos os relatórios de indicadores do Siab: cadastro familiar; relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias; e relatório de produção e marcadores para avaliação(3).

Os sistemas de informação influenciam e são influenciados pelo modelo assistencial em vigência, portanto, o SIAB foi criado como um instrumento para gestão de sistemas locais de saúde⁴. Assim, "ao tornar possível evidenciar a natureza das ações de saúde oferecidas, o SIAB deve ser concebido como ferramenta de transformação da realidade de saúde de uma dada região e não apenas como um "diagnóstico", no sentido de conhecimento da vida dessas famílias" (2).

Dessa forma, este artigo pretende analisar a situação de saúde da população adscrita de uma unidade de saúde da família no recôncavo baiano, referente ao período de janeiro a julho de 2009, sendo resultado da vivência de uma das autoras durante as aulas práticas da disciplina Administração e Planejamento em Serviços de Saúde I, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, em que os dados foram coletados a partir dos relatórios consolidados da situação de saúde (SSA2) e do SIAB referente a uma USF, localizada no município de Santo Antônio de Jesus (BA), no período de janeiro a julho de 2009. Na análise dos dados foi feita a caracterização do perfil epidemiológico e das condições de vida da população.

O município de Santo Antônio de Jesus encontra-se no recôncavo baiano e está localizado a 187km da capital baiana. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵, o município possui uma população de 88.768 habitantes, sendo conhecido regionalmente como centro comercial e de serviços, batizado como a "capital do recôncavo". Além disso, possui uma área total de 252 mil km² e densidade demográfica de 334,35 habitantes/km². Quanto à divisão regional de saúde, encontra-se na macrorregião leste e microrregião de Santo Antonio de Jesus, estando alocado na 4ª DORES - Diretorias Regionais de Saúde⁽⁵⁾. No que tange a Estratégia Saúde da Família (ESF) e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), houve uma ampliação da cobertura no município que atualmente possui 19 USF, 12 unidades satélites, 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 21 equipes de Saúde da Família, 16 equipes de saúde bucal, sendo 15 na modalidade I e 1 na modalidade II. Além disso, atingiu cobertura populacional de 100% do PACS com 169 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (5).

A USF em estudo funciona desde 2004 no município de Santo Antônio de Jesus – Bahia, nos horários de 7h às 17h, de segunda à sexta. A Equipe de Saúde da Família (ESF) da unidade conta com um médico, uma enfermeira, um dentista, uma técnica em saúde bucal, uma auxiliar administrativa, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais e oito agentes comunitários de saúde. Além disso, a unidade conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composta por nutricionista, farmacêutico, psicólogo, fonoaudiólogo e fisioterapeuta. No entanto, as atividades dispensadas pelo NASF ocorrem apenas em alguns dias da semana, conforme cronograma estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

São desenvolvidas diversas atividades na unidade, dentre as quais: o Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno (GIAME); Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD); Terapia Comunitária; Grupo de Caminhada, atividade física e alongamento; atividades educativas (palestras e salas de espera); escovação supervisionada e aplicação de flúor; além de atendimentos ambulatoriais realizados pela equipe de saúde (ESF) à família, dentre os quais podemos destacar o acompanhamento de hipertensos e diabéticos, saúde da mulher e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Além disso, a unidade possui um Conselho Local em funcionamento desde junho/2009, cujas reuniões ocorrem mensalmente e que visa garantir a participação da comunidade na organização dos serviços.

Sobre o modo de operacionalização da gerência nas USF, esta se estabelece de forma rotativa entre odontólogos e enfermeiras (os) a cada três meses, o que se traduz em um modo peculiar de gerência adotado pelo município, embora a Portaria 648 não faça referência ao mesmo.

Na primeira etapa deste estudo, foram coletados os dados a partir dos relatórios consolidados da situação de saúde (SSA2) e do SIAB referente à USF escolhida. Na segunda etapa, foram construídos gráficos com base nas informações contidas no período analisado (01/2009 a 07/2009), sendo divididos em quatro grupos: o primeiro contendo as informações que permitem conhecer as condições de moradia e o perfil populacional da comunidade; o segundo contendo informações sobre natalidade, mortalidade e acompanhamento de gestantes; o terceiro com dados referentes às hospitalizações e o quarto grupo contendo informações sobre a prevalência e o acompanhamento de doenças como a hipertensão arterial, diabetes, hanseníase e tuberculose na comunidade assistida. Na terceira etapa, foi feita a análise da situação de saúde da comunidade em questão com base nos gráficos construídos.

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou dados de Sistemas de Informação em Saúde disponíveis no dataSUS, não foi necessária a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa para sua realização.

RESULTADOS

Na USF estudada estão cadastradas 1.456 famílias, somando um total de 4.961 pessoas. Apenas 3% desses habitantes são cobertos com plano de saúde. Quanto ao perfil da população adscrita à USF estudada, o gráfico 1 mostra a distribuição da população segundo faixa etária e sexo.

Gráfico 1: População adscrita à USF por faixa etária e sexo, Santo Antônio de Jesus/ Bahia, Janeiro a Julho, 2009.

Quanto às condições de vida e moradia dessa população, segundo os dados coletados no SIAB: 98,70% das casas são de tijolo / adobe; o abastecimento de água é feito pela rede pública (90,93%) e a filtração é o tratamento de água mais utilizado em domicílio (64%), seguido da fervura (0,76%) e cloração (1,37%); o destino do lixo predominante é a coleta pública (97,87%), no entanto, quanto ao destino de fezes / urina apenas 54,12% das casas possuem sistema de esgoto, sendo utilizados fossas e céu aberto, o que propicia a contaminação e degradação do meio ambiente.

Quanto aos dados de natalidade nessa população para o período analisado, foram registrados 29 nascidos vivos, dos quais apenas um não foi pesado ao nascer e, dos que foram pesados apenas dois (7,14%) apresentaram baixo peso (<2500g) ao nascer, exigindo acompanhamento em domicílio.

Sobre mortalidade, não existem registros de óbitos de crianças menores de um ano, incluindo as < 28 dias (mortalidade neonatal) e de 28 dias a 11 meses / 29 dias (mortalidade pós-neonatal). O que nos faz pensar em duas possibilidades: a) a subnotificação dessas informações, bem como, a falha na obtenção e geração desses dados ou b) nesse período, não ocorreu de fato nenhum óbito dentro dessa faixa de idade, o que implica em ações de saúde efetivas voltadas para o cuidado dos recém-nascidos e puérperas, bem como do pré-natal realizadas nessa comunidade. Quanto aos óbitos no período analisado, foram registrados 18 sendo dois óbitos de mulheres em idade fértil. Não foram registradas mortes na faixa etária de 10 a 19 anos por violência.

Em relação ao número de gestantes, foram registradas oito mulheres na faixa etária de 10 – 19 anos e 26 mulheres na faixa etária de 20 anos e mais.

O gráfico 2 evidencia o número de gestantes cadastradas e acompanhadas na USF estudada, além de demonstrar o número de consultas de pré-natal realizadas.

Gráfico 2: Número de gestantes cadastradas e acompanhadas na USF. Santo Antônio de Jesus(BA), 2009.

Quanto às 17 crianças registradas na faixa etária de 0-3 meses e 29 dias, observou-se 88,23% dessas estavam em aleitamento exclusivo. Quanto à imunização, foram imunizadas 88,33% das crianças de 0 – 11 meses e 29 dias e 84,31% das crianças com 12 – 23 meses e 29 dias.

No período estudado foi registrado apenas um caso de hospitalização por pneumonia nas crianças abaixo de cinco anos. Foram registradas 103 hospitalizações nos adultos, sendo que 4,97% representam complicações pelo diabetes.

Quanto à diabetes e hipertensão, observou-se que a USF estudada possui 121 diabéticos e 399 hipertensos cadastrados.

O gráfico 3 mostra o número de famílias acompanhadas e o número de visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde da família estudada.

Gráfico 3: Número de famílias acompanhadas e número de visitas domiciliares realizadas pela equipe da USF. Santo Antônio de Jesus - Bahia, Janeiro a Julho de 2009.

DISCUSSÃO

A análise de situação de saúde tem uma lógica territorial porque no espaço se distribuem populações humanas segundo similaridades culturais e socioeconômicas, dessa forma, a análise de fenômenos de

saúde no espaço serve antes de tudo para a síntese de indicadores epidemiológicos, ambientais e sociais(6).

Portanto, a análise de situações de saúde depende de um processo de "territorialização" dos sistemas locais de saúde, de modo a reconhecer porções do território segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde(7).

De acordo com os dados apresentados, o número de pessoas acompanhadas pela USF estudada ultrapassa o limite máximo de 4.000 habitantes por ESF, como previsto na Portaria 648/GM de 28 de março de 2006(8), sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. Além disso, segundo os dados coletados do SIAB (2009), apenas 3% desses habitantes são cobertos com plano de saúde, o que significa que 97% dessa população são SUS dependente. Dessa forma, implica em sobrecarga de trabalho para apenas uma ESF, comprometendo os objetivos da Estratégia de Saúde da Família.

Pode-se notar que na população estudada (gráfico 1) existe diferença na distribuição de homens e mulheres, embora, haja um predomínio de mulheres nessa comunidade. Este fato mostra-se coerente com os dados do último censo do IBGE para a população brasileira, o que seria reflexo da sobremortalidade masculina, sobretudo por causas violentas (aquelas relacionadas aos homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, etc.)(9). Outro dado evidenciado é que a população da USF estudada exibe um predomínio de indivíduos na faixa etária de 20-39 anos, considerados adultos jovens.

Considerando o número de adultos do sexo masculino, os dados apontam a necessidade de planejar ações voltadas para atingir esse grupo, como por exemplo, atividades educativas de grupo, atendimento específico conforme recomenda a Política de Saúde do Homem.

Segundo Vieira(10), "o adulto é o indivíduo que alcançou a maturidade biológica e psicossocial, que na nossa sociedade inicia-se em torno dos 18-21 anos, com agravos ou risco de agravos à saúde, agudos ou crônicos, cuja gênese e expressão incluem elementos biológicos, comportamentais, emocionais e socioculturais".

Nesse sentido, os indivíduos seriam dotados de diferentes habilidades físicas e cognitivas, impondo necessidades específicas de acordo com a idade(10). Sendo assim, o planejamento das ações de saúde para esta comunidade deve considerar o número elevado de adultos e as especificidades dessa fase, bem como, os agravos de saúde mais frequentes, para que se possa cumprir o princípio da resolubilidade da ESF.

Além disso, deve-se considerar que os adultos jovens representam um grupo etário que não somente expressa um interesse na saúde e na promoção da saúde, mas também responde entusiasticamente a sugestões que mostram como as práticas de estilos de vida podem melhorar a saúde(11).

Observando-se o gráfico 1, destacam-se outros grupos populacionais que também devem ser considerados no processo de gestão e planejamento das ações e práticas nos serviços de saúde, a exemplo, dos idosos e adolescentes.

Quanto porcentual de idosos (8,37%), surge a necessidade de se atender as particularidades dos idosos no tratamento e acompanhamento de doenças crônicas, principalmente hipertensão arterial e diabetes, vacinação, promoção de saúde, redução de agravos (quedas), entre outros. Daí a importância de repensar estratégias de organização e programação dos serviços que busquem atender a esta faixa etária.

Além disso, observa-se que 17,78% da população são adolescentes, percentual que chama atenção, pois pode ser resultado da introdução dos cuidados de puericultura, melhores condições nutricionais, programas de vacinação, entre outros, que acarretaram na diminuição da mortalidade infantil, e consequentemente o aumento da população de adolescentes.

A análise do perfil de morbidade no Brasil desta faixa da população tem revelado a presença de doenças crônicas, transtornos psicossociais, fãrmaco-dependência, doenças sexualmente transmissíveis e problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério(12). Sendo assim, esta problemática exige da equipe de saúde da família estratégias de ação para reduzir esses agravos de saúde, envolvendo outros setores da sociedade (como a escola), a comunidade e principalmente os pais desses adolescentes, para que possam ser garantidas melhores condições de vida a esse público específico.

Os dados referentes às condições de vida e moradia da população estudada evidenciam que a equipe de saúde da família deve considerar as condições de vida e moradia da população adscrita a fim de propor estratégias para enfrentamento dos problemas e articular parcerias intersetoriais, considerando

que tais problemas ultrapassam as competências do setor saúde, sendo necessária, a inserção de outros setores, como planejamento urbano, infraestrutura, educação e desenvolvimento social.

A partir do consolidado das famílias cadastradas, observou-se que em relação ao número de gestantes, como condição referida, foram registradas oito mulheres na faixa etária de 10 – 19 anos e 26 mulheres na faixa etária de 20 anos e mais, ou seja, 23,52% das gestantes são adolescentes.

A gravidez na adolescência, em alguns países e inclusive no Brasil, é um problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos(12). Sendo assim, as ações educativas e de prevenção direcionadas a esse público devem considerar o conhecimento da realidade socioeconômica e cultural desses adolescentes, bem como, avaliar os fatores predisponentes a fim de que estas ações estejam adequadas àquela comunidade.

A partir da análise do gráfico 2, observa-se que no período de janeiro a abril de 2009, o número de gestantes acompanhadas e de consultas de pré-natal ficou abaixo do desejado em relação ao número de gestantes cadastradas na unidade nesse mesmo período. No entanto, nos meses seguintes observa-se que há uma homogeneidade entre esses dados. Uma das metas da ESF é a captação de 100% das gestantes para o programa de pré-natal e o acompanhamento destas em pelo menos seis consultas(13).

O registro e acompanhamento das metas alcançadas pela equipe é fundamental para a identificação de situações que possam ser evitadas mediante um planejamento e programação da oferta dos serviços de saúde da população.

Quanto às consultas de pré-natal iniciadas no 1º trimestre de gravidez, foi registrada uma média de 23 gestantes (76,67%), um valor que pode ser aumentado, visto que o acompanhamento pré-natal é de reconhecido efeito positivo sobre a saúde da mulher e do concepto.

Neste sentido o pré-natal constitui o "período anterior ao nascimento da criança, em que um conjunto de ações é aplicado à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. Nesse período, as mulheres devem ser acompanhadas a partir da gestação, de forma que lhes seja possível, quando necessário, realizar exames clínico-laboratoriais, receber orientação e tomar medicação profilática e/ou vacinas"(14).

Portanto, a promoção da saúde é um conceito que se estende por todo o espectro de vida. Um estudo demonstrou que a saúde de uma criança pode ser afetada, quer positivamente, quer negativamente, pelas práticas de saúde da mãe durante o período pré-natal¹⁰, o que reafirma a importância desse tipo de assistência durante a gravidez.

O aleitamento materno é uma prática que traz benefícios para a saúde da mãe e filho, além de contribuir para a redução dos custos com os substitutos do leite materno. Sua relação com a diminuição da incidência de doenças infecciosas e da mortalidade infantil têm sido evidenciados em diversos estudos(15). Quanto a este aspecto, das 17 crianças registradas na faixa etária de 0-3 meses e 29 dias, 15 estavam em aleitamento exclusivo e duas em aleitamento misto. Podemos atribuir às atividades do GIAME desenvolvidas na USF estudada, o fato de 88,23% de essas crianças estarem em aleitamento exclusivo.

No período analisado a USF realizou a imunização de 88,33% das crianças de 0 – 11 meses e 29 dias e 84,31% das crianças com 12 – 23 meses e 29 dias. Essa cobertura vacinal comprova que os pais se preocupam com o cuidado do filho, mas exige uma maior articulação das ações básicas de saúde para elevar a 100% a imunização dessas crianças. Ainda no período analisado, observou-se que das 60 crianças de 0-11 meses e 29 dias registradas, apenas duas apresentaram desnutrição e das 51 crianças de 12-23 meses e 29 dias, foram encontrados sete casos de desnutrição. Em relação ao número de crianças menores de 2 anos que apresentaram diarreia, este valor não ultrapassou 1% da média de 111 crianças registradas no período analisado. Foi administrado reidratante oral na unidade de saúde em 100% das crianças que se consultaram por diarreia.

Pode-se afirmar que na prática, os serviços de saúde no Brasil, se organizam de forma programática, considerando que a programação do atendimento ainda se configura sob grupos populacionais ou agravos de forma isolada, não sendo possível, portanto, a garantia do princípio da integralidade conforme o propósito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, diante desta situação faz-se necessário propor medidas de intervenção coletivas e integradas.

Além disso, nota-se que das 340 crianças menores de cinco anos residentes nessa comunidade, apenas um caso de hospitalização por pneumonia foi registrado no período analisado, sendo que nenhum caso de hospitalização por desidratação, dentro dessa faixa etária, foi encontrado nessa população. Também

não foram registrados casos de hospitalização por abuso de álcool em pessoas de 15 anos ou mais e nem casos de hospitalizações em hospitais psiquiátricos. No entanto, não se pode afirmar que estes não sejam problemas presentes na comunidade atendida pela USF em estudo.

E ainda, foram registradas 103 hospitalizações no período estudado, sendo que os casos de hospitalização por complicações do diabetes representam 4,97% do total de diabéticos cadastrados na unidade, um valor que pode ser considerado pequeno. Assim, reafirma-se a importância de vincular às pessoas que convivem com esses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, evitando complicações, o que é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS associado às doenças crônicas(16). Para isso, devem-se prever ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços.

Assim como a Diabetes Mellitus (DM), a "hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição muito prevalente que pode estar associada a outros fatores de risco para doenças cardiovasculares"(17). A USF estudada possui 121 diabéticos cadastrados no período de janeiro a julho/2009, sendo que aproximadamente 92% destes são acompanhados na unidade.

As consequências do diabetes, a longo prazo, podem afetar quase todos os sistemas orgânicos e constituem uma causa importante de incapacidade(11). Dessa forma, na lógica da ESF, o cadastro e acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos fazem necessários para que haja o controle efetivo do diabetes, evitando as suas complicações e a sobrecarga na rede hospitalar, bem como o aumento dos gastos para atendimento às complicações acarretadas por essa patologia.

Além disso, a USF estudada possui 399 hipertensos cadastrados no período de janeiro a julho/2009, sendo que aproximadamente 91% desses pacientes são acompanhados na unidade. Nota-se que a prevalência de hipertensos na população com 20 anos ou mais, adscrita à USF em questão, corresponde a 12%. Assim, percebe-se que a Hipertensão Arterial é um importante problema de saúde dentro desta população, o que exige planejamento de ações preventivas, de controle e de promoção de saúde pela equipe da USF responsável por este território.

Das doenças referidas nessa população, a hipertensão e diabetes aparecem como os principais agravos de saúde na faixa etária de 15 anos e mais, o que reafirma a importância desses dados para a definição do perfil epidemiológico dessa comunidade e para o planejamento de ações voltadas para a prevenção e controle da hipertensão e do diabetes.

As pessoas que apresentam a hipertensão mostram-se, com frequência, sem sintomas e, por isso, uma vez identificada deve ser monitorada a intervalos regulares por ser uma condição permanente(11). Além disso, a "elevação prolongada da pressão arterial lesiona, mais adiante, os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente nos órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos" (11).

Assim, a assistência integral (contínua, racionalizada, acompanhando os encaminhamentos aos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar) dos hipertensos e diabéticos, ações educativas e intersetoriais, a construção de um plano local para enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, com a participação comunitária são importantes na transformação da realidade de saúde da população adscrita à USF.

Quanto às doenças infecto-contagiosas, o SIAB apresenta o número de casos de Hanseníase e Tuberculose bem como sua condição de cadastro e acompanhamento. Em relação à hanseníase, não foram encontrados registros de pessoas cadastradas e acompanhadas nessa unidade, no período analisado. A prevalência de tuberculose em pessoas com 20 anos e mais é de 0,03%, tendo sido registrados nos meses de janeiro a julho de 2009 apenas cinco casos de pessoas com tuberculose cadastradas na unidade, embora tenham sido acompanhadas apenas três desses casos pela equipe da USF estudada. Isso pode estar relacionada ao fato de que o município de Santo Antônio de Jesus dispõe de um centro de referência para o tratamento de Tuberculose e Hanseníase, para onde são encaminhados a grande maioria desses casos.

No entanto, segundo recomendações do Ministério da Saúde(18), os casos de tuberculose confirmados devem ser acompanhados e tratados na Unidade Básica de saúde (UBS). Inclusive, os casos suspeitos de tuberculose que tiverem o diagnóstico confirmado nas Unidades de Referência, aqueles com baciloscopias persistentemente negativas ou sem escarro para realizar exames e os casos de tuberculose extrapulmonar que forem encaminhados de volta às UBS de origem, deverão ser acompanhados nesta unidade até a alta.

O usuário só deverá ser encaminhado para uma unidade de referência de tuberculose para realizar tratamento quando: houver antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda (hepatite) ou

crônica (cirrose, hepatopatia alcoólica); o paciente é doente de AIDS ou soro positivo para o HIV; ou quando houver antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias (insuficiência renal crônica, pacientes em regime de diálise) (18).

O mesmo se aplica quanto ao tratamento dos casos de hanseníase que devem ser acompanhados rotineiramente nas unidades básicas e de Saúde da Família em que estão cadastrados. Dessa forma, fica claro que as equipes das USF são responsáveis primários pelas ações preventivas, promocionais e curativas da tuberculose e da hanseníase.

Esse comprometimento, no entanto, exige que a população seja informada sobre os sinais e sintomas dessas doenças, que tenha acesso fácil ao diagnóstico e tratamento e que os portadores de hanseníase / tuberculose possam ser orientados individualmente e juntamente com a sua família durante todo o processo de cura. Além disso, exige profissionais de saúde capacitados para lidar com todos esses aspectos, bem como outras medidas que visem superar as dificuldades da descentralização do atendimento da hanseníase e tuberculose no município.

O Gráfico 3 mostra que em relação ao primeiro trimestre de 2009, o número de visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde ficou abaixo do número de famílias cadastradas. Da mesma forma, nos meses seguintes em que o número de visitas domiciliares esteve elevado, o número de gestantes, diabéticos e hipertensos acompanhados na unidade também aumentaram em relação ao primeiro trimestre.

Os dados referentes à visita domiciliar (VD) são descritos, tendo em vista que a mesma configura-se como um elemento fundamental da ESF, "como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma; visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infra-estrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias" (19;20).

CONCLUSÃO

A partir da análise dos dados fornecidos pelo SIAB, a equipe da USF tem a possibilidade de conhecer o perfil demográfico e sócio-sanitário de um determinado território, identificando as suas necessidades quanto às condições de moradia e saneamento básico que podem interferir no processo saúde-doença. Nesse sentido, as ações gerenciais devem estar voltadas para a articulação com outros setores na tentativa de levantar soluções para os problemas encontrados naquele território. Entretanto, para que isso se concretize, é imprescindível sensibilizar a comunidade para a importância da sua participação no conselho local de saúde, a fim de que este possa exercer de fato o controle social e, assim, conquistar melhorias.

As ações gerenciais devem contemplar a avaliação quantitativa da produção de serviços pela Equipe de Saúde da Família, como por exemplo, a cobertura vacinal, consultas médicas e de pré-natal, visitas domiciliares e procedimentos de enfermagem, entre outros. Esse parâmetro pode servir para a identificação das causas da baixa produtividade em um determinado setor, por exemplo. Assim, no caso de baixa cobertura vacinal, pode estimular a equipe a realizar a busca ativa; quando o número de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade for inferior ao número de cadastrados, avaliar a necessidade de se realizar visitas domiciliares e, assim por diante.

Portanto, os dados coletados neste estudo reafirmam o SIAB como importante instrumento de gestão, pois sua análise possibilita planejar as ações e tomar decisões locais, ao passo que permite conhecer e analisar a realidade sócio-sanitária de um determinado território, acompanhar a execução das ações, bem como auxiliá-lo, realizar adequações e avaliar a transformação da situação de saúde.

Para isso, no entanto, é preciso que a equipe de Saúde da Família detenha habilidades e conhecimentos necessários para a correta utilização dessas informações de modo que possa discutir e explicar os determinantes do processo saúde-doença identificados e concretizar o trabalho da equipe através de ações práticas que realmente visem à mudança da realidade sanitária da população adscrita.

O modo como este instrumento vem sendo utilizado pela equipe de saúde nas USF e as transformações que estão sendo produzidas suscita várias discussões, visto que os profissionais se encontram em meio a inúmeras limitações que o serviço apresenta e que exigem o desenvolvimento de habilidades a fim de que se consiga lidar com o déficit de pessoal, de materiais, de recursos, bem

como com a demanda crescente de usuários. No entanto, estes pontos serão discutidos oportunamente em outros trabalhos.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2009.
2. Nichiata LYI, Fracolli LA. O sistema de informação de atenção básica - SIAB como um instrumento de trabalho da equipe no programa de saúde da família: a especificidade do enfermeiro. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2001. p. 29-33.
3. Diretoria da Atenção Básica, Superintendência de Planejamento e Descentralização, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. SIAB: rotinas e procedimentos para municípios e regionais. Salvador (Bahia): Coordenação de Avaliação, Acompanhamento e Programação, 2006. 90p.
4. Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica - Rev. Latino-Am Enfermagem [periodic online]. 2005 [cited 2010 Feb 19]; 13(4):547-554. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400013&lng=en.
5. Santo Antônio de Jesus, Prefeitura Municipal de. Relatório de Gestão, 2009.
6. Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barradas RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31-76.
7. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe epidemiológico do SUS. 1998; 7(2): 7-28.
8. Ministério da Saúde. PORTARIA N. 648/GM de 28 de março de 2006 – sobre Política Nacional de atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006. [cited 2009 Dec 5]. Available from: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Registro Civil 2006. Publicada em 06 de dezembro de 2007. [cited 2010 Feb 17]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1046
10. Vieira JM. Transição para a vida adulta no Brasil. Rev Bras Estud Popul. 2008; 25(1): 27-48.
11. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
12. Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. Rev Bras Ginecol Obstet. [periodic online]. 2006; [cited 2010 Feb 19]; 28(8):443-445. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000800001&lng=en.
13. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de ações programáticas e estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 158p.
14. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria-Executiva, Ministério da Saúde. Glossário temático: DST e AIDS. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006. 56p. [cited 2010 Feb 17]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_dst_aids.pdf.
15. Silva MBC, Moura MEB, Silva AO. Desmame precoce: representações sociais de mães. Rev. Eletrônica Enferm. [periodic online]. 2007; (cited 2010 Feb 17); 9(1): 31-50. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a03.htm>
16. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. Ciênc. Saúde Coletiva [periodic online]. 2009; [cited 2010 Feb 17]; 14(4):1251-1260. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000400031 &lng=en.
17. Três GS, Utzig JB, Martins R, Heinrich S. Controle da pressão arterial, do diabetes mellitus e da dislipidemia na população de hipertensos de um ambulatório de residência médica. Rev Bras Hiperten. 2009; 16(3):143-147.

Rivemales M.Souza R.Souza M. Sistema de Informação da Atenção Básica como instrumento de gestão: estudo de caso em Santo Antônio de Jesus / BA **Online Brazilian Journal of Nursing** [serial on the Internet]. 2012 April 18; [Cited 2012 May 15]; 11(1):[about ## p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3552>.

<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3552>

18. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6ª ed. rev. e ampl. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2002.

19. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & contexto enferm.* [periodic online]. 2006 [cited 2010 Feb 19]; 15(4):645-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=en.

20. Lima RT, Costa GMC; França ISX; Sousa FS; Coura AS. Information system as tool for planning and assessment of health services: descriptive study. *Online Braz J Nurs* [periodic online]. 2010; 9 (2): [cited 2011 mar 07]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2950/666>.

Rivemales M.Souza R.Souza M. Sistema de Informação da Atenção Básica como instrumento de gestão: estudo de caso em Santo Antônio de Jesus / BA **Online Brazilian Journal of Nursing** [serial on the Internet]. 2012 April 18; [Cited 2012 May 15]; 11(1):[about ## p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3552>.