

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

Superintendência de Atenção à Saúde

ANÁLISE DOS INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - MT



Saúde da Família

Coordenadoria de Atenção Primária

*Análise realizada a partir do
Sistema de Informação da
Atenção Básica: Modelo
Estratégia de Saúde da Família-
2009*

Cuiabá-MT

2011

GOVERNO DE MATO GROSSO

SILVAL DA CUNHA BARBOSA

Governador do Estado de Mato Grosso.

CHICO DALTRO

Vice-Governador do Estado de Mato Grosso

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PEDRO HENRY NETO

Secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso

EDSON PAULINO DE OLIVEIRA

Secretário Adjunto do Executivo

VANDER FERNANDES

Secretário Adjunto de Saúde

MARIA CONCEIÇÃO E. VILLA

Secretário Adjunto de Gestão Estratégica

EDITE EUNICE DE SOUZA

Superintendente de Atenção à Saúde

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

ANÁLISE DOS INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA - MT

Realizada a partir do SIAB: Modelo Estratégia de Saúde da Família, 2009



Coordenadoria de Atenção Primária



Cuiabá – MT 2011

© 2011 Secretaria de Estado de Saúde. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada à fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Edição digital e impressa - Tiragem: 50 exemplares

Distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Superintendência de Atenção à Saúde
Coordenadoria de Atenção Primária.
Gerência da Estratégia Saúde da Família
Gerência de Saúde Bucal
Rua D- Quadra 12-Lote 02 Bloco 05
CEP 78050-970 Cuiabá MT

Fone: (065) 3613-5338

Home Page: <http://www.saude.mt.gov.br/atençãoàsaúde>

E-mail: coatba@ses.mt.gov.br

Elaboração:

Cristhiane Candido Duarte
Regina Paula de Oliveira Amorim Costa

Colaboradores

Claci Bortolanza
Martha Isabel Pereira Matos
Susilei Lourenço dos Santos

Revisão e editoração

Cleoni Silvana Kruger
Sunilde Gomes Aldave

Ficha Catalográfica

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica Brasil. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Atenção Primária. *Análise dos Indicadores de Atenção Primária - Sistema de Informação da Atenção Básica: modelo de atenção Estratégia Saúde da Família..2009. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso - Cuiabá, 2011. 37 páginas.*

Títulos para indexação:

Em inglês: ANALYSIS OF INDICATORS OF PRIMARY- MT- Held from the SIAB: Model Family Health Strategy-2009

Em espanhol: ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE PRIMARIA.MT-Lugar del SIAB: Modelo de Salud Familiar Estrategia-2009

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DM	Diabetes Mellitus
ERS	Escritório Regional de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IRA	Infecção Respiratória Aguda
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
PTA	Plano de Trabalho Anual
PPA	Plano Plurianual
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMA2	Relatório de Produção de Marcadores para Avaliação
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROGRAB	Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
SES	Secretaria do Estado da Saúde
SF	Saúde da Família
SIS	Sistema de informação em Saúde
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalar do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SIPACS	Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização
SISHIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensão e Diabetes
SISPRÉNATAL	Sistema de Informação em Saúde do Pré-natal e Nascimento
SISVAN	Sistema de Informação sobre Vigilância Alimentar e Nutricional
SSA2	Relatório da Situação Saúde e Acompanhamento das Famílias
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cobertura populacional da ESF por regional de saúde, Mato Grosso - 2009	14
Figura 2 - Média de visita domiciliar do agente comunitário de saúde por regional de saúde, Mato Grosso - 2009	15
Figura 3 - Média de consulta médica nas especialidades básicas por regionais de saúde, Mato - 2009	16
Figura 4 - Proporção de nascidos vivos pesados e proporção de nascidos vivos de baixo peso (>2.500g) por regional de saúde, Mato Grosso - 2009	18
Figura 5 - Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo e misto por regional de saúde, Mato Grosso - 2009	19
Figura 6 - Coeficiente de mortalidade infantil nas localidades cobertas por ESF por regional de saúde, Mato Grosso - 2009	22
Figura 7 - Assitência ao pré-natal por regional de saúde, Mato Grosso - 2009	24
Figura 8 - Número de óbitos de adolescentes por violência por regional de saúde coberta pela ESF, Mato Grosso - 2009	26
Figura 9 - Proporção de hipertensos e diabéticos acompanhados pelos ACS por regional de saúde, Mato Grosso - 2009	27
Figura 10 - Proporção de pacientes portadores de hanseníase e tuberculose acompanhados, por regional de saúde, Mato Grosso - 2009	28

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Percentual de acompanhamento de crianças menores < de 1 ano, por regional de saúde, Mato Grosso - 2009	20
Quadro 2: Coeficiente de mortalidade infantil nas localidades cobertas por ESF, por regional de saúde, Mato Grosso - 2009	21
Quadro 3 - Percentual de encaminhamentos realizados por regional de saúde, Mato Grosso - 2009	29

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	5
LISTA DE FIGURAS	6
LISTA DE QUADROS	6
Apresentação	8
Introdução	10
Objetivo	13
Metodologia	13
1.0 - Indicadores Gerais.....	14
1.1 – Coberturas de Saúde da Família	14
1.2 – Visita Domiciliar	14
1.3 – Consulta Médica Habitante Ano.....	16
2.0 – Ciclos de vida.....	17
2.1 – Saúde da Criança.....	17
2.1.1 – Acompanhamento de Nascidos Vivos.....	17
2.1.2 – Acompanhamento de Crianças Menores de 1 ano.....	18
2.1.3 – Mortalidade Infantil	20
2.2 – Saúde da Mulher	23
2.2.1 – Assistência ao Pré – Natal	23
2.4 – Saúde do Adolescente	25
2.5 – Saúde do Adulto	26
2.5.1 – Diabetes e Hipertensão.....	26
2.5.2 – Hanseníase e Tuberculose	28
3.0 – Encaminhamentos.....	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
Referências	33

APRESENTAÇÃO

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas 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 da comunidade.

No Estado de Mato Grosso, as primeiras equipes de saúde da família (ESF) foram implantadas em 1997. Em 2001, quando o Estado estabeleceu o incentivo financeiro aos municípios, para incremento da estratégia, houve um aumento significativo das ESF. O número de municípios que haviam implantado Equipes, passou de **97** em **2000** para **299** em **2001**. E a população coberta, que era de **15%** em 2000, passou para **32,6%** em 2001. Desde **2005** os **141** municípios do estado aderiram à estratégia e atualmente o estado conta com **586** ESF, cobrindo **cerca de 67%** da população mato-grossense.

As informações produzidas a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família devem ser registradas em um Sistema de Informação específico, denominado Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Este documento propõe realizar uma análise de indicadores da Atenção Primária, construídos a partir dos dados contidos no SIAB, esperando que as informações aqui contidas possam ser disseminadas, debatidas e avaliadas, alcançando os objetivos propostos e permitindo que as equipes locais tirem maior proveito prático do SIAB, explorando a capacidade potencial desse Sistema. Tendo como foco, o aprimoramento do modelo de organização da estratégia Saúde da Família, aumentando as condições e as possibilidades para a ocorrência de transformações na realidade de saúde das populações adstritas.

Este Documento tem como público alvo profissionais de saúde que atuam na Gestão de Atenção Primária e nas Equipes de Saúde da Família do Estado de Mato Grosso.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde tem na estratégia Saúde da Família o eixo reorientador do modelo assistencial brasileiro. Esse novo modelo deve dar cobertura às necessidades de saúde da população através do acesso a equipes de saúde, visando à melhoria dos indicadores e conseqüentemente da qualidade de vida.

São inegáveis os avanços obtidos mediante o esforço das três esferas de gestão do SUS na implantação da estratégia Saúde da Família, que possibilitou uma significativa ampliação do acesso aos serviços de atenção primária. No Estado de Mato Grosso encerramos o ano de 2009 com 478 equipes de Saúde da Família implantadas e promovendo o cuidado à aproximadamente 1.992.886 habitantes correspondendo a uma cobertura de 65,1% da população do Estado.

Apesar do grande avanço evidenciado no aumento da cobertura, o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece atualmente como desafio para suas instâncias gestoras a garantia da qualidade da atenção prestada aos seus usuários. No contexto da Atenção Primária à Saúde, a melhoria da qualidade aponta para a reorganização das ações, delineadas a partir do conhecimento da realidade local, das necessidades de saúde e da melhor definição de competências e responsabilidades (Brasil, Ministério da Saúde/ 2008).

Evidências demonstram que a atenção primária tem capacidade de responder a 85% das necessidades em saúde e, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) deve ter como foco prioritário a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do Diabetes Mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção à saúde (PNAB-MS/2006).

Os níveis de saúde/doença da população podem ser identificados através do monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde. Inúmeros indicadores estão disponíveis através dos sistemas de informações e que permitem identificar deficiências na atenção prestada pelos serviços de saúde no Brasil, possibilitando a intervenção precoce de agravos e assim reduzindo a ocorrência de resultados desfavoráveis.

O acompanhamento das ações e os resultados das atividades realizadas pelas equipes do PACS/PSF são monitorados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Criado em 1998, foi pensado como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde, adotando como conceitos básicos território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes.

O SIAB é um sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais das equipes de saúde da família, sendo coletados em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família (PACS/PSF), possibilitando a construção de indicadores referentes às áreas de abrangência do Programa. Podem-se obter informações sobre cadastros de famílias e pessoas, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, com o acompanhamento de crianças, gestantes, pessoas com hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase, hospitalizações e óbitos ocorridos no território e produção. Vale destacar que este sistema de informação disponibiliza indicadores sociais, permitindo aos gestores municipais monitorar as condições sócio-demográficas das áreas cobertas, que só estão disponíveis neste nível de desagregação nos anos censitários.

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um instrumento básico para a implementação da estratégia Saúde da Família, sendo que a qualidade e a confiabilidade dos seus dados são condições necessárias para o seu valor como tal. Trata-se de um sistema de informação bastante complexo que

oferecem dados que possibilitam monitoramento, avaliação e pesquisa, mas, até o momento, essa potencialidade tem sido pouco explorada.

Neste enfoque a Coordenadoria de Atenção Primária realizou análise dos dados constantes no SIAB nas áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família, referentes ao ano de 2009, das 16 Regionais de Saúde, já encaminhadas aos respectivos Escritórios no primeiro semestre de 2010, tendo como objetivo central subsidiar os técnicos dos escritórios regionais para a promoção de uma discussão ampliada junto às equipes de Atenção Primária dos municípios, para correção de informações inconsistentes e planejamento de ações que garantam a qualidade da atuação das equipes, visando à melhoria dos indicadores de saúde.

OBJETIVO

Subsidiar os técnicos dos Escritórios Regionais de Saúde (ERS) para a promoção de uma discussão ampliada junto às equipes de Saúde da Família dos municípios, visando promover a correção de informações inconsistentes; o planejamento de ações que garantam a qualidade da atuação das equipes, e a conseqüente melhoria dos indicadores de saúde da atenção primária.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com base em dados secundários, coletados a partir do banco de dados do SIAB-DATASUS, no período de janeiro a dezembro de 2009, nas áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família(ESF). Os dados populacionais para cálculo de cobertura da estratégia Saúde da Família nas Regionais de Saúde são do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

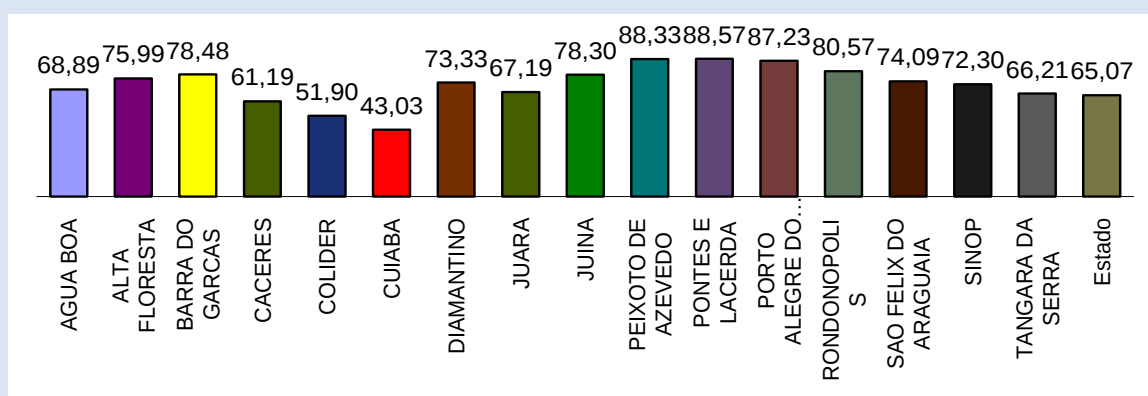
O universo deste estudo compreende as 16 Regionais de Saúde, sendo elas: ERS - Água Boa, ERS - Alta Floresta, ERS - Cáceres, ERS - Colider, ERS - Diamantino, ERS - Barra do Garças, ERS - Baixada Cuiabana, ERS - Juara, ERS - Juína, ERS - Peixoto de Azevedo, ERS - Pontes de Lacerda, ERS - Porto Alegre do Norte, ERS - Rondonópolis, ERS - São Felix do Araguaia, ERS - Sinop e ERS - Tangará da Serra.

1.0 - INDICADORES GERAIS

1.1 – COBERTURAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No período analisado verificou-se que as Regionais de Saúde que apresentaram maior cobertura da estratégia Saúde da Família foram: Pontes e Lacerda (88,57%), Peixoto de Azevedo (88,33%) e Porto Alegre do Norte (87,23%). A Regional de Saúde com a menor cobertura é a Baixada Cuiabana (43,03%). Vale ressaltar que nessa Regional localizam-se os dois maiores municípios do Estado, Cuiabá e Várzea Grande, com coberturas populacionais de 42% e 25%, respectivamente, o que influencia diretamente na cobertura da Regional.

FIGURA 1 - COBERTURA POPULACIONAL DA ESF POR REGIONAL DE SAÚDE, MATO GROSSO - 2009



Fonte: SIAB/SES/MT

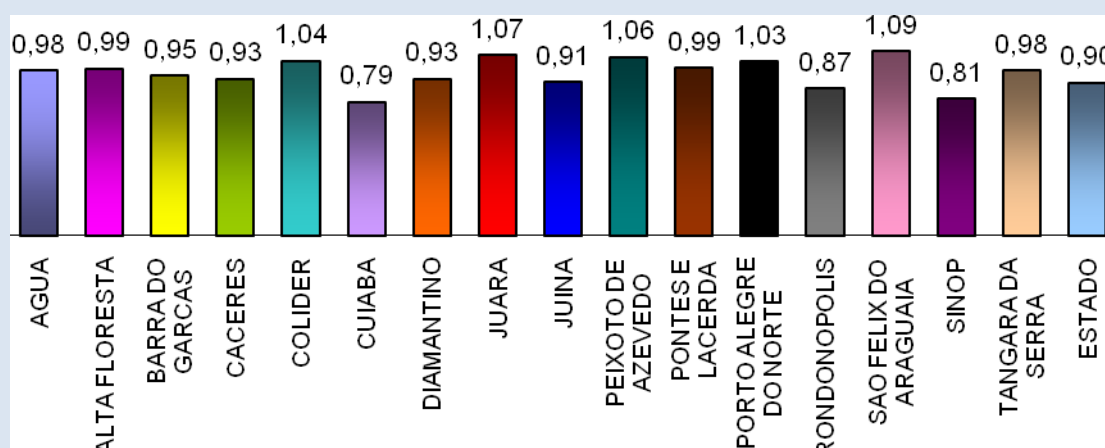
1.2 – VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é atividade fundamental na estratégia Saúde da Família (ESF) e caracteriza o modelo de atenção em saúde adotado. De acordo com a portaria GM nº 648, de 29/03/2006, no seu anexo I, são atribuições comuns a

todos os profissionais da equipe da Saúde da Família “realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário”. Também consta como uma das atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde “acompanhar, por meio de visita domiciliar (VD), todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe”.

Na estratégia SF estabelece-se o parâmetro de 1 visita domiciliar/família/mês por ACS e a AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família), em seu padrão de qualidade 4.02, recomenda a dedicação mínima de 4 horas semanais a essa atividade por parte dos médicos e enfermeiros.

FIGURA 2 - MÉDIA DE VISITA DOMICILIAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE POR REGIONAL DE SAÚDE, MATO GROSSO - 2009



Fonte: SIAB/SES/MT

No período analisado, a Regional de Saúde que apresentou a menor média de visita domiciliar de Agentes Comunitários de Saúde por família/mês foi a Baixada Cuiabana (0,79), sendo a média estadual de 0,90.

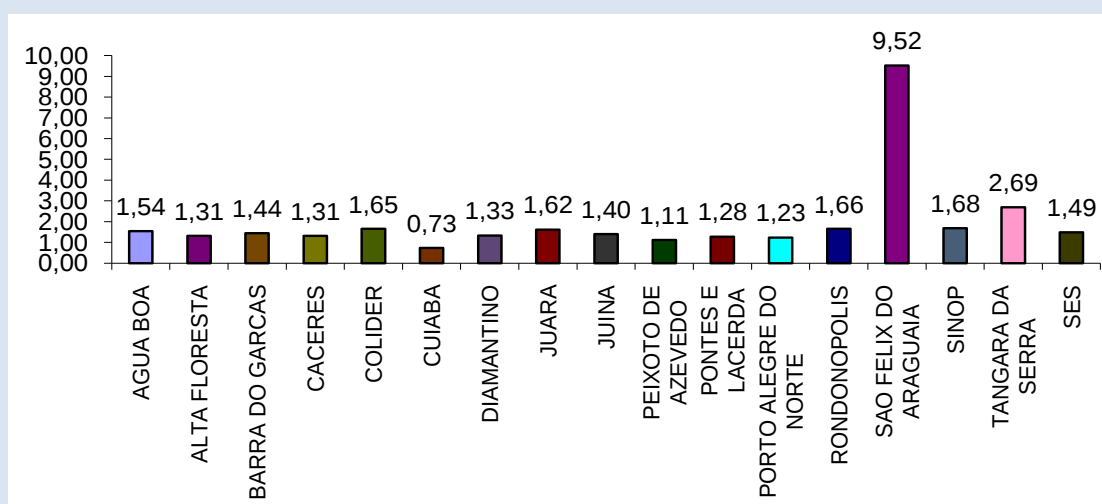
1.3 – CONSULTA MÉDICA HABITANTE ANO

A figura 03 apresenta a média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas, por regional de saúde do estado de mato grosso no ano de 2009, realizadas pelas equipes de saúde da família. observa-se que dentre as regionais de saúde 50% garantiram mais de 1,5 cons./hab./ano.

As Regionais de Saúde que apresentaram média inferior ao pactuado pelo Estado (1,5 consultas/hab./ano) foram: Alta Floresta, Barra do Garças, Cáceres, Baixada Cuiabana, Diamantino, Juína, Peixoto de Azevedo, Pontes e Lacerda e Porto Alegre do Norte. O Estado fechou o ano com 1,49 consultas/hab./ano, de acordo com os relatórios SIAB (áreas cobertas pela ESF).

Chama atenção, a média de 9,52 registrada pela Regional de São Félix do Araguaia que requer uma reavaliação do banco de dados dos seus municípios para verificar a veracidade dos dados registrados, resultado este que pode estar relacionado a existência de micro-áreas de ACS descobertas ou por não alimentarem e/ou atualizarem as fichas de cadastro familiar no sistema.

FIGURA 3 - MÉDIA DE CONSULTA MÉDICA NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS POR REGIONAIS DE SAÚDE, MATO - 2009



Fonte: SIAB/SES/MT

2.0 – CICLOS DE VIDA

As equipes de Saúde da Família desenvolvem um conjunto de ações que abrangem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação voltados aos problemas de saúde de maior frequência e relevância nos distintos ciclos de vida: criança, adolescente, adulto e idoso.

2.1 – SAÚDE DA CRIANÇA

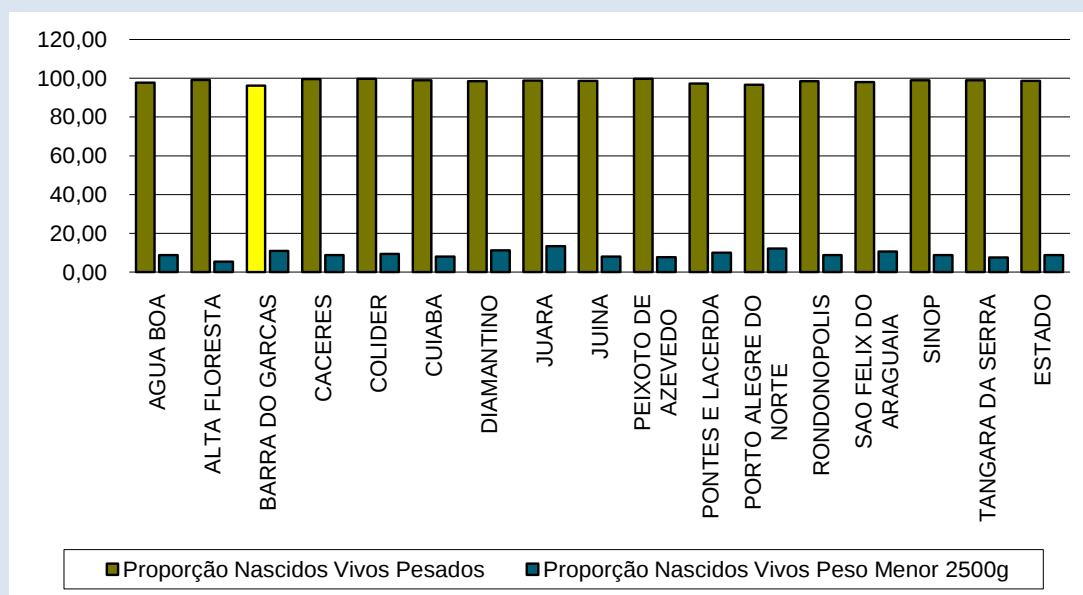
A assistência à criança se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. O acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes, como diarreia e afecções respiratórias agudas, e pelas ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações, contribui para a promoção de uma boa qualidade de vida. Para isso, torna-se imprescindível o esforço conjunto da família, da equipe e das diversas organizações, governamentais ou não.

2.1.1 – ACOMPANHAMENTO DE NASCIDOS VIVOS

As Regionais de Saúde apresentaram de modo geral, uma boa cobertura de pesagem dos seus nascidos vivos, todas atingiram um percentual superior a 85%. Em relação aos nascidos vivos de baixo peso, a Regional de Saúde com

maior proporção de baixo peso ao nascer foi a de Juara (13,40%) seguida da Regional Porto Alegre do Norte (12,15%).

FIGURA 4 - PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS PESADOS E PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE BAIXO PESO (>2.500G) POR REGIONAL DE SAÚDE, MATO GROSSO - 2009



Fonte: SIAB/SES/MT

2.1.2 – ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO

“A Alimentação e a Nutrição constituem requisitos básicos para a Promoção e a Proteção à Saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de Crescimento e Desenvolvimento Humano com Qualidade de Vida e Cidadania.” (Atributos Consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos).

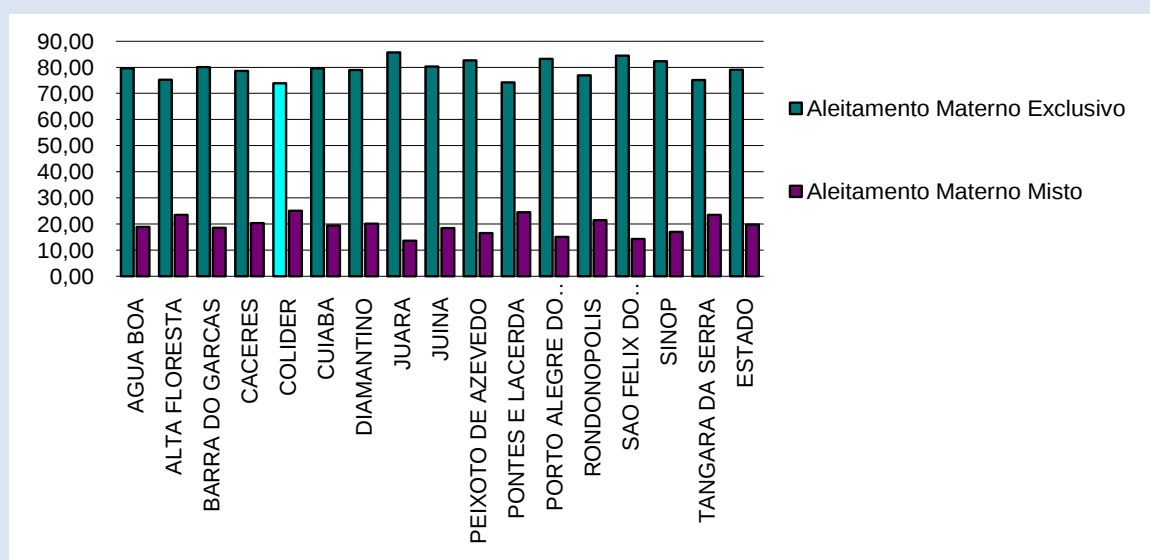
O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. A amamentação quando praticada de forma exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais, demonstra grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta. As evidências científicas atuais comprovam que o leite humano proporciona um

melhor desenvolvimento infantil. Por essas e outras razões é prioridade o desenvolvimento das várias ações de promoção da amamentação. (Brasil, Ministério da Saúde/2009).

As Regionais de Saúde, na sua grande maioria alcançaram uma boa cobertura de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo. A Regional de Saúde com o menor percentual foi a Regional de Colider com 73,88%.

O Estado fechou o ano de 2009 com uma cobertura de 79,03% de aleitamento materno exclusivo, 19,76% de aleitamento materno misto e 1,21% de crianças desmamadas.

FIGURA 5 - PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES COM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E MISTO POR REGIONAL DE SAÚDE, MATO GROSSO - 2009



Fonte: SIAB/SES/MT

Verificou-se que no período analisado, 100% das Regionais de Saúde alcançaram cobertura vacinal de mais de 95% em < de 1 ano. Em relação ao acompanhamento do estado nutricional o percentual de cobertura do Estado fechou em 87,29%. Vale ressaltar que a Regional de Saúde com menor cobertura foi a de Juína, com 80,45% de crianças < de 1 ano pesadas. Em relação ao percentual de desnutrição as Regionais de Saúde que apresentaram

taxas mais elevadas foram os de Porto Alegre do Norte (1,41%), Juína (1,05%) e São Félix do Araguaia (1,01%).

QUADRO 1: PERCENTUAL DE ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS MENORES < DE 1 ANO, POR REGIONAL DE SAÚDE, MATO GROSSO - 2009

Regional	Proporção Crianças Menor 1 Ano Com Vacina Dia	Crianças Menores 1a Pesadas	Proporção Crianças Menor 1a Desnutridas
AGUA BOA	99,25	95,49	0,61
ALTA FLORESTA	99,00	92,50	0,69
BARRA DO GARCAS	98,43	91,83	0,76
CACERES	97,56	84,54	0,46
COLIDER	98,26	97,02	0,47
CUIABA	95,39	84,46	0,58
DIAMANTINO	98,35	92,93	0,23
JUARA	99,93	99,04	0,53
JUINA	97,45	80,45	1,05
PEIXOTO DE AZEVEDO	99,17	93,59	0,83
PONTES E LACERDA	95,20	85,79	0,58
PORTO ALEGRE DO NORTE	96,96	85,38	1,41
RONDONOPOLIS	97,52	86,11	0,75
SAO FELIX DO ARAGUAIA	99,11	91,21	1,01
SINOP	98,85	85,77	0,47
TANGARA DA SERRA	98,87	88,72	0,46
ESTADO	97,57	87,29	0,65

Fonte: SIAB/SES/MT

2.1.3 – MORTALIDADE INFANTIL

A redução da mortalidade infantil no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Apesar do declínio que vem sendo observado nas taxas, à velocidade de queda está aquém do desejado, resultando em índices ainda muito elevados. Em sua maioria estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. É ainda notória a diferença existente entre as regiões do país, além das desigualdades intra-urbanas, com uma

concentração dos óbitos na população mais pobre. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004).

As regiões que apresentam reduções significativas em Mortalidade Infantil normalmente são aquelas que investem na Atenção Básica à Saúde, na forma de incentivo ao aleitamento materno, alcance de coberturas vacinais significativas, utilização de reidratação oral, tratamentos das IRA, e na oferta de atendimento no pré-natal às gestantes, além de outras ações intersetoriais, tais como acesso a moradia adequada e saneamento básico e aumento da escolarização das mulheres em idade fértil. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

A taxa de mortalidade infantil é um importante indicador das condições de vida e do acesso e qualidade das ações e serviços de saúde. Significa o número de crianças mortas até um ano de idade para cada mil nascidas vivas.

QUADRO 2: COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL NAS LOCALIDADES COBERTAS POR ESF, POR REGIONAL DE SAÚDE, MATO GROSSO - 2009

Regional	Nascidos Vivos*	Total de óbitos menor 28 d	Coeficiente de mortalidade neonatal	Total de óbitos 28 d a 11m	Coeficiente de mortalidade pos-neonatal	Total de óbitos < 1 ano	Coeficiente de mortalidade infantil
AGUA BOA	524	16	30,53	11	20,99	27	51,53
ALTA FLORESTA	895	7	7,82	5	5,59	12	13,41
BARRA DO GARCAS	741	14	18,89	9	12,15	23	31,04
CACERES	1131	7	6,19	9	7,96	16	14,15
COLIDER	363	3	8,26	2	5,51	5	13,77
CUIABA	3963	77	19,43	35	8,83	112	28,26
DIAMANTINO	782	7	8,95	10	12,79	17	21,74
JUARA	403	5	12,41	5	12,41	10	24,81
JUINA	1369	15	10,96	11	8,04	26	18,99
PEIXOTO DE AZEVEDO	836	7	8,37	11	13,16	18	21,53
PONTES E LACERDA	1132	14	12,37	13	11,48	27	23,85
PORTO ALEGRE DO NORTE	683	21	30,75	21	30,75	42	61,49
RONDONOPOLIS	3446	50	14,51	28	8,13	78	22,63
SAO FELIX DO ARAGUAIA	196	1	5,10	1	5,10	2	10,20

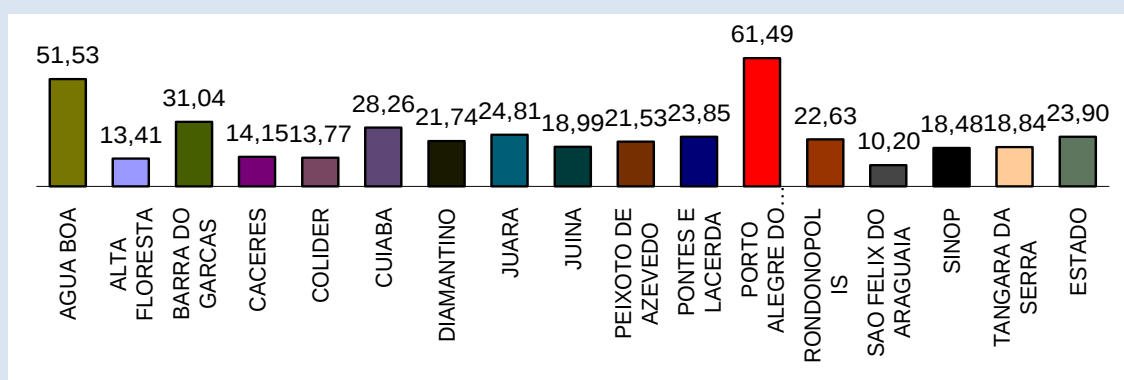
SINOP	2598	27	10,39	21	8,08	48	18,48
TANGARA DA SERRA	1486	17	11,44	11	7,40	28	18,84
ESTADO	20548	288	14,02	203	9,88	491	23,90

Fonte: SIAB/SES/MT *Dados extraídos do SIAB (ficha ssa2) áreas Cobertas pela ESF.

De acordo com o SIAB, o Estado de Mato Grosso apresentou um coeficiente de mortalidade infantil de 23,90 por 1.000 nv. Dentre as Regionais de Saúde com altas taxas de mortalidade infantil, os que mais contribuíram com estes coeficientes foram: Porto Alegre do Norte: 61,49/1.000 nv, Água Boa: 51,53/1.000nv e Barra do Garças: 31,04/1.000nv. Os resultados encontrados no SIAB são preocupantes e necessitam de investigações mais apuradas, para que se identifiquem as causas básicas desses óbitos e sua relação com a atenção ao pré-natal ofertado as gestantes e aos RN, ou se identifiquem inconsistências que possam ser corrigidas.

As Regionais de Saúde que apresentaram maior coeficiente de mortalidade neonatal e pós – neonatal foram Água Boa e Porto Alegre do Norte. Importante refletir sobre a qualidade da atenção ao pré-natal e ao recém-nascido, ofertada pelas equipes de saúde da família desses municípios, considerando o elevado coeficiente apresentado por esse indicador e a prioridade que se deve dar a este tipo de atenção.

Figura 6 - Coeficiente de mortalidade infantil nas localidades cobertas por ESF por regional de saúde, Mato Grosso - 2009



Fonte: SIAB/SES/MT

2.2 – SAÚDE DA MULHER

As mulheres constituem metade da população brasileira (50,88%) sendo as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos, entre outros.

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. Os problemas de saúde da mulher são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades do trabalho doméstico. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. As principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e de colo do útero.

A expansão do PSF tem sido decisiva para a ampliação do direito ao pré-natal. O pré-natal tem impactado diretamente os indicadores de saúde, especialmente a mortalidade materna e a mortalidade infantil (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008).

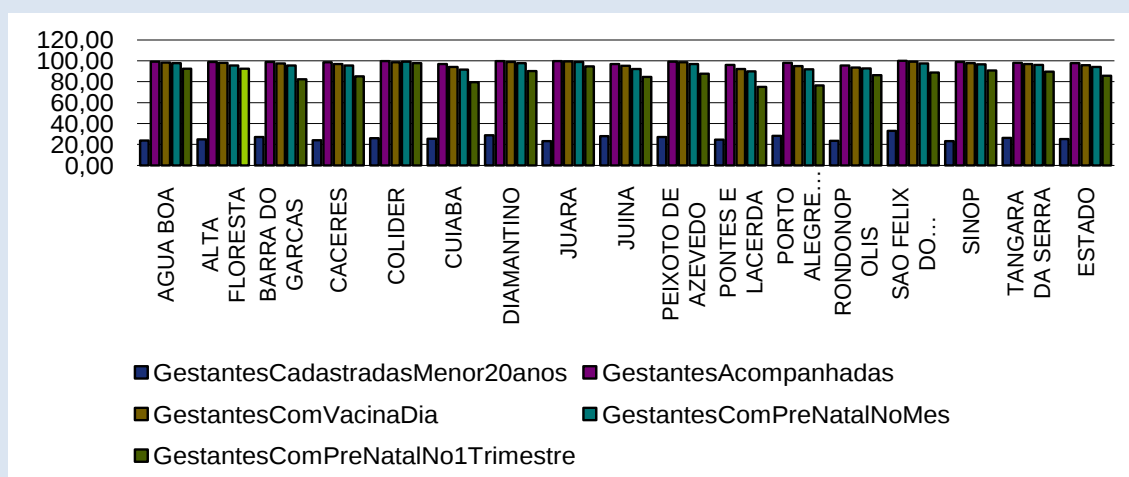
2.2.1 – ASSISTÊNCIA AO PRÉ – NATAL

Nos últimos 25 anos, ocorreu um aumento expressivo do percentual de mulheres que passaram a ter acesso ao pré-natal durante a gestação. Em 1986, o percentual de grávidas que nunca havia se consultado com um médico era de 26%. Em 2006, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) identificou que este percentual baixou para 1,3%. Além disso, se contabilizou que pelo

menos 61% das mulheres nesta situação passou por sete ou mais consultas de avaliação, inclusive com a realização de exames (BRASIL, Ministério da Saúde/2009).

A melhoria das condições de saúde da mulher depende do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas unidades básicas, de responsabilidade de todos e, executadas por uma equipe multiprofissional composta por: agente comunitário de saúde – ACS, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, médico, dentista e assistente social, que atuam por meio do atendimento individual ou em grupo e, adequadas às necessidades da mulher, da família e da comunidade.

FIGURA 7 - ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL POR REGIONAL DE SAÚDE, MATO GROSSO - 2009



Fonte: SIAB/SES/MT

Em relação ao acompanhamento das gestantes pelos Agentes Comunitários de Saúde observa-se que todas as regionais de saúde apresentaram resultados acima de 95% ficando a Regional de Saúde de Rondonópolis com o menor percentual (95,37%). O Estado fechou o ano com 97,64% de acompanhamento. Com relação à cobertura vacinal, com exceção das Regionais de Saúde da Baixada Cuiabana (94,12%), Rondonópolis (93,57%) e Pontes e Lacerda (92,08%), todas as demais obtiveram resultados de cobertura

vacinal acima de 95%, atingindo o percentual mínimo recomendado e pactuado pelo Programa Nacional de Imunização.

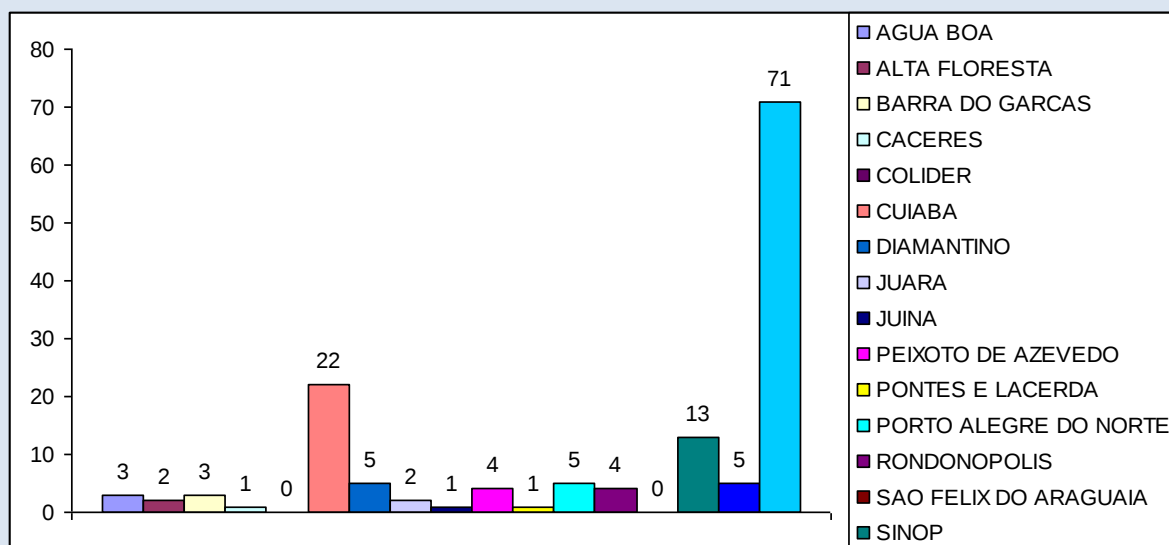
Quando avaliamos os dados referentes às gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre de gestação, observa-se que a Regional de Saúde que conseguiu captar mais precocemente suas gestantes foi a de Colíder (99,15%). As demais regionais alcançaram resultados satisfatórios, sendo que os menores resultados encontrados foram registrados pelas Regionais de Pontes e Lacerda (75,03%) e de Porto Alegre do Norte (76,49%).

É fundamental realizar a captação precoce das mulheres suspeitas de gravidez, pois, o início tardio do acompanhamento compromete a qualidade da assistência pré-natal, à medida que retarda a identificação das gestantes desnutridas, das mulheres com gestação de risco e daquelas com esquema de vacinação antitetânica incompleto. Além do mais, os agentes comunitários de saúde devem fazer a convocação das gestantes que faltarem às consultas do pré-natal, para que estas mulheres e seus filhos possam se beneficiar dos recursos de saúde disponíveis (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

2.4 – SAÚDE DO ADOLESCENTE

O perfil de mortalidade dos adolescentes brasileiros é diferente daquele apresentado pela população geral. Em nenhum outro grupo de idade as causas externas são tão importantes e as causas mal definidas assumem um peso relativo tão alto. No grupamento etário de 5 a 14 anos, idade escolar, é maior o risco de violência fatal no trânsito e no de 15 a 19 anos é maior o risco de homicídio, sendo os meninos mais vulneráveis do que as meninas à morte por violência (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

FIGURA 8 - NÚMERO DE ÓBITOS DE ADOLESCENTES POR VIOLÊNCIA POR REGIONAL DE SAÚDE COBERTA PELA ESF, MATO GROSSO – 2009



Fonte: SIAB/SES/MT

Conforme se observa na figura 8, a ocorrência de óbitos em adolescentes por consequência da violência foi registrado na maioria das regionais, com exceção das regionais de Colider e São Felix do Araguaia. As Regionais de Saúde que apresentaram maior número de óbitos foram as de Porto Alegre do Norte, Cuiabá e Sinop.

2.5 – SAÚDE DO ADULTO

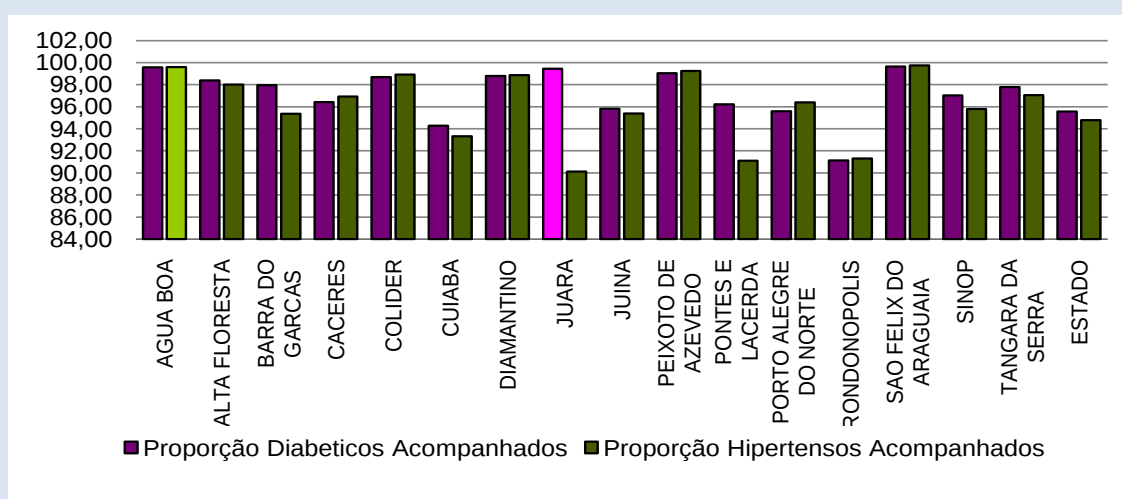
2.5.1 – DIABETES E HIPERTENSÃO

A hipertensão arterial (HA) e o *Diabetes Mellitus* (DM) são doenças crônicas não-transmissíveis, de alta prevalência em todo o mundo. No Brasil representam 35% e 11%, respectivamente. Constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório e entre suas complicações mais frequentes encontram-se: o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. As doenças cardiovasculares são responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta; 40%

das aposentadorias precoces, segundo o Instituto Nacional de Seguridade Social, e por 14% das internações na faixa etária de 30–69 anos (1.150.000/ano) (BRASIL, Ministério da Saúde, 2009).

O acompanhamento e o controle da HA e DM no âmbito da estratégia saúde da família poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares devido a esses agravos, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005).

FIGURA 9 - PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELOS ACS POR REGIONAL DE SAÚDE, MATO GROSSO - 2009



Fonte: SIAB/SES-MT

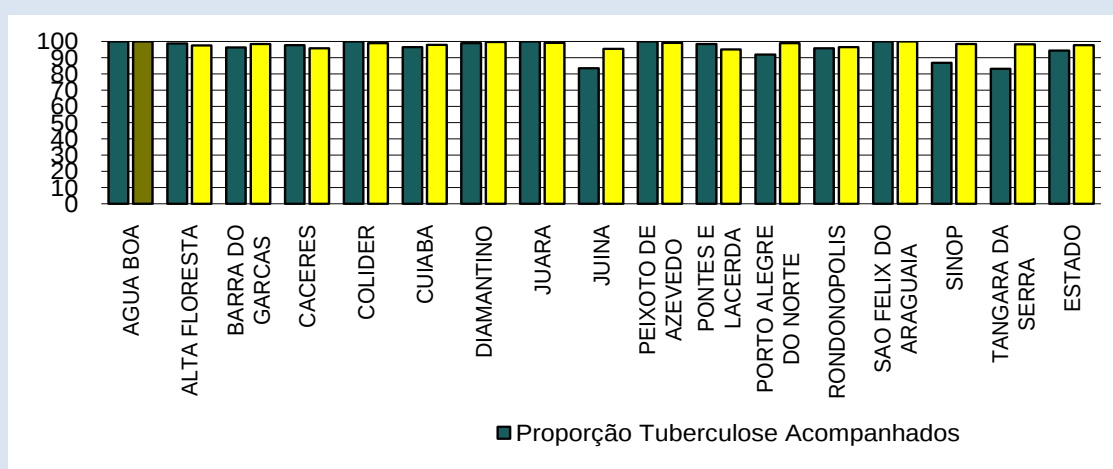
Com relação aos acompanhamentos dos pacientes com hipertensão e diabetes pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) observa-se na figura 9 que as Regionais de Saúde têm oferecido atenção à maioria dos pacientes cadastrados, ressaltamos a importância de estarmos cruzando estas informações com as do banco de dados do SISHIPERDIA (Sistema de Hipertensão e Diabetes) onde o acompanhamento registrado são os realizados pelo profissional médico. A Regional de Saúde com menor percentual de acompanhamento dos pacientes Diabéticos pelos ACS foi Rondonópolis com 91,14% e dos pacientes Hipertensos foi a Regional de Juara com 90,11%.

2.5.2 – HANSENÍASE E TUBERCULOSE

A Hanseníase e a Tuberculose são áreas estratégicas para atuação da atenção básica e estão contempladas no pacto pela saúde. Estas doenças são endêmicas na região, por isso sua priorização e enfoque em instrumentos de gestão, como o citado, no qual estabelece um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, pactuados de forma tripartite, a ser implementado em cada município.

Dentre as atribuições das Equipes de Saúde da Família, está à identificação dos sintomáticos respiratórios, o diagnóstico e tratamento de casos suspeitos com especial atenção àqueles com maior risco de abandono e o desenvolvimento de ações de proteção aos sadios, como a vacinação de rotina e quimioprofilaxia, quando indicada (BRASIL, Ministério da Saúde, 2000).

FIGURA 10 - PROPORÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE HANSENÍASE E TUBERCULOSE ACOMPANHADOS, POR REGIONAL DE SAÚDE, MATO GROSSO - 2009



Fonte: SIAB/SES-MT

No período analisado, as Regionais de Saúde de um modo geral, apresentaram resultados satisfatórios de acompanhamento dos casos detectados de Tuberculose, com exceção das Regionais de Saúde de Juína que acompanhou apenas 83,40% dos pacientes cadastrados e Tangará da Serra que acompanhou 83,08%. Já em relação ao acompanhamento de Hanseníase a Regional de Saúde de Pontes e Lacerda ficou com o menor percentual de

acompanhamento (95,04%) e em segundo a Regional de Saúde de Juína (95,41%).

3.0 – ENCAMINHAMENTOS

Evidências demonstram que a atenção primária tem capacidade de responder a 85% das necessidades em saúde. Dentre as Regionais de Saúde do Estado, as que realizaram mais encaminhamentos para especialidades foram as de Tangará da Serra (15,59%) e Sinop (14,27%); para Internações, a de Cáceres (3,47%) e, para os serviços de urgência, as de Água Boa (3,79) e Cáceres (3,38%).

QUADRO 3 - PERCENTUAL DE ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS POR REGIONAL DE SAÚDE, MATO GROSSO - 2009

Regional	Percentual de encaminhamentos especializados	Proporção de Encaminhamento para Internação hospitalar	Proporção de encaminhamento para urgências
ERS Água Boa	4,41	1,78	3,79
ERS Alta Floresta	5,95	1,34	1,25
ERS Barra do Garças	8,39	2,07	0,96
ERS Cáceres	12,18	3,47	3,38
ERS Colider	7,84	2,13	1,67
ERS Cuiabá	6,48	0,39	0,75
ERS Diamantino	7,75	1,32	1,27
ERS Juara	5,42	1,57	1,28
ERS Juína	7,46	2,14	2,92
ERS Peixoto de Azevedo	4,17	1,36	1,34
ERS Pontes e Lacerda	8,50	2,72	1,93
ERS Porto Alegre do Norte	3,58	0,77	1,24
ERS Rondonópolis	11,08	0,77	1,51
ERS São Felix do Araguaia	7,22	2,87	7,68
ERS Sinop	14,27	1,29	2,89
ERS Tangará da Serra	15,59	1,75	2,44
Estado	9,18	1,37	1,84

Fonte: SIAB/SES/MT

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A municipalização do sistema de saúde trouxe grandes mudanças e significativas nos sistemas de informação, tanto em sua operacionalização como em seu tratamento.

Os municípios constituem a base de produção da maioria das informações hoje utilizadas por todos os níveis de gestão do SUS, sendo necessária a devida valorização dessas informações produzidas, para que se possa construir indicadores de qualidade e que demonstrem a real situação de saúde dos municípios.

A equipe de saúde da família tem papel fundamental no planejamento, organização e avaliação das ações de saúde para tomada de decisão, uma vez que é a responsável pela coleta e registro dos dados, ou seja, todas as suas ações deveriam ser realizadas com base no produto de seu trabalho, com vistas à consolidação de dados produzidos em equipe.

Ao SIAB cabe oferecer os dados da análise situacional para que o planejamento seja realizado de acordo com as necessidades de cada comunidade de maneira específica, descentralizada e territorializada, visando à produção de qualidade de vida em sua área geograficamente restrita. O SIAB torna-se, portanto, a ferramenta padrão de coleta de informações da população adscrita

Mensalmente, a Coordenadoria de Atenção Primária realiza o monitoramento de algumas informações do SIAB, em especial no que se refere à população cadastrada no Sistema, já que se trata de informação necessária para construção do indicador de “cobertura da população cadastrada pela estratégia Saúde da Família”, sendo esse indicador de extrema importância para o Estado, estando presente em nossas pactuações (Pacto pela Saúde, Portaria Nº 113/2008), meta do PPA, PTA, entre outros. Responde ainda, pelo envio das bases de dados do SIAB ao DATASUS, verificando pendências relativas ao não

envio dos relatórios de Produção, Saúde e Saneamento, sendo este último (Ficha A) fonte de informações de famílias cadastradas, a partir do qual, construímos o indicador de cobertura da estratégia nos municípios e Estado, enfatizando aqui, a importância de manter o envio desse relatório atualizado. Além de considerarmos o estabelecido pela Portaria Nº 648/2006, que define no seu capítulo III, item 5, que o Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do PAB aos municípios quando não houver alimentação regular do banco de dados do SIAB (entre outros). Considera-se alimentação irregular, a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano.

A Coordenadoria de Atenção Primária também realiza trimestralmente, a verificação da qualidade e consistência dos dados referentes às famílias cadastradas e acompanhadas, tendo como parâmetro o cadastro de, pelo menos, 90% das famílias que são acompanhadas pelas equipes; monitoramento de crianças menores de 01 ano (ficha A x ficha SSA2), acompanhamento de grupos e visitas domiciliares dos ACS por família. Todas as informações são encaminhadas por e-mail aos Escritórios Regionais de Saúde (mensalmente e/ou trimestralmente).

Cabe ressaltar que a análise dos dados digitados pelos municípios no SIAB identifica vários resultados que chamaram a atenção, tanto pela disparidade das informações de alguns municípios, comparadas aos demais do mesmo Escritório Regional, quanto pela ausência de informações em determinados campos, levando-nos a questionar a veracidade das informações digitadas pelos municípios.

Uma vez que sistemas de informação são essenciais para avaliação e orientação das políticas de saúde, sugerimos que o monitoramento das equipes e do SIAB seja realizado de forma sistemática, com periodicidade e agenda pré-definida, durante as reuniões com toda a equipe, nos processos de acompanhamento da matriz de intervenção, já que este é o momento para a reflexão conjunta sobre os aspectos que permeiam a execução e o monitoramento das ações de saúde, identificando os problemas e as possibilidades de solução.

Para tanto, é fundamental assumir o caráter processual da transformação das concepções e das práticas das Equipes de Saúde da Família relacionadas com o SIAB, isto é, que a compreensão sobre a necessidade, a valorização e o uso adequado deste sistema como instrumento para realizar o planejamento local das ações de saúde deverá evoluir ao longo do tempo. A educação permanente, portanto, é condição necessária para assegurar a qualidade da geração dos dados de rotina, o acompanhamento dos indicadores de condições de vida e saúde da área de abrangência e a participação comunitária na definição de prioridades. Constituindo-se o processo de monitoramento e avaliação da APS/SF, como meio para desenvolvimento das equipes multiprofissionais e estratégia gerencial para organização do trabalho e um importante espaço para fortalecer a articulação entre o ensino e a prática cotidiana (BRASIL, 2004).

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da saúde. Mortalidade Infantil. Informe da Atenção Básica Nº 02. Brasília. agosto, 2000. In: BRASIL. Informe da atenção básica Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>
2. BRASIL. Ministério da saúde. Tuberculose. Informe da Atenção Básica Nº 04. Brasília. agosto, 2000. In: BRASIL. Informe da atenção básica Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação/Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de prevenção do óbito infantil e fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-Natal. Informe da Atenção Básica Nº 06. Brasília. Jul-agosto, 2005.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da estratégia Saúde da Família – Caderno de Auto-avaliação Nº 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Ministério da Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Painel de Indicadores do SUS, Ano I - no 1.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Temático Saúde da Família. Ministério da Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Painel de Indicadores do SUS, vol.4.
10. BRASIL. Ministério da saúde. Dia Nacional de Prevenção e Combate a Hipertensão. Informe da Atenção Básica Nº 51. Brasília. Março/abril, 2009. In: BRASIL.Informe da atenção básica Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br>
11. Freitas FP, Pinto IC. A percepção da equipe saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Rev. Lat. AM (Enfermagem 2005; 13(4):547-54.)

**Distribuição e informações:**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Superintendência de Atenção à Saúde
Coordenadoria de Atenção Primária.
Gerência da Estratégia Saúde da Família
Gerência de Saúde Bucal
Rua D- Quadra 12-Lote 02 Bloco 05
CEP 78050-970 Cuiabá MT

Fone: (065) 3613-5338

Home Page: <http://www.saude.mt.gov.br/>

E-mail: coatba@ses.mt.gov.br



Distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Superintendência de Atenção à Saúde
Coordenadoria de Atenção Primária.
Gerência da Estratégia Saúde da Família
Gerência de Saúde Bucal
Rua D- Quadra 12-Lote 02 Bloco 05
CEP 78050-970 Cuiabá MT
Fone: (065) 3613-5338

Home Page: <http://www.saude.mt.gov.br/>
E-mail: coatba@ses.mt.gov.br