



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

ROSIENE DOS SANTOS DIAS PAULINO

**ANÁLISE DE INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE, PARAÍBA**

João Pessoa – PB

2015

ROSIENE DOS SANTOS DIAS PAULINO

**ANÁLISE DE INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE
CAMPINA GRANDE, PARAÍBA**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *latu sensu* em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito à obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Alyne da Silva Portela

João Pessoa – PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

P328a Paulino, Rosiene dos Santos Dias
Análise de Indicadores da Atenção Básica no Município de
Campina Grande, Paraíba [manuscrito] / Rosiene dos Santos Dias
Paulino. - 2015.
39 p. : il. color.

Digitado.
Monografia (Especialização em Gestão em Saúde EAD) -
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio,
Técnico e Educação à Distância, 2015.
"Orientação: Profa. Dra. Alyne da Silva Portela, PROEAD".

1. Gestão em Saúde. 2. Sistema de Informação em Saúde 3.
Indicadores em saúde. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

ROSIENE DOS SANTOS DIAS PAULINO

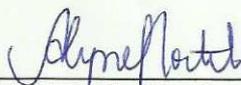
**ANÁLISE DE INDICADORES DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO
DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA**

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *latu sensu* em Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

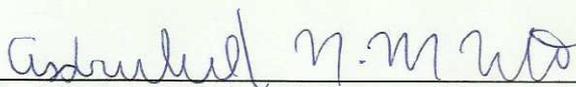
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alyne da Silva Portela

Aprovada em: 21/03/2015

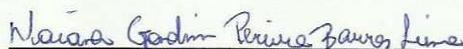
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Alyne da Silva Portela (Orientadora)
Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – FCM-CG



Prof. Dr. Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - IFPB



Prof^a. Dr^a. Naiana Gondim Pereira Barros Lima
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

*Aos meus pais, José de Nazaré e
Rosa Maria, pelo amor e dedicação.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por Sua proteção, e por me dar forças para prosseguir, permitindo a realização deste trabalho, e a Nossa Senhora, por me dar esperança e confiança, me ouvir e acolher.

Aos meus pais, José de Nazaré Paulino e Rosa Maria dos Santos Dias Paulino, às minhas irmãs, Rosaline Paulino e Rousier Paulino, pelo apoio, ajuda em cada momento que preciso e por me fazer acreditar na conclusão deste trabalho, à minha querida sobrinha, Maria Natalia, pelo carinho, e ao meu cunhado José Adelman, pelas palavras de incentivo.

À Maria José Vicente de Andrade, por ser um exemplo de pessoa para mim, me ensinando com sua sabedoria, simplicidade e amor.

A José Flaviano Soares, pela convivência, carinho, apoio, companhia, e por me incentivar a buscar meus objetivos.

À professora Alyne da Silva Portela, pela disponibilidade em me auxiliar e orientar na elaboração deste trabalho.

À tutora Silene, pela assistência durante o curso e disposição em ajudar.

Aos professores da especialização, pelos conhecimentos compartilhados.

À Universidade Estadual da Paraíba, pelo suporte e estrutura oferecidos aos estudantes.

Aos colegas de curso, pelas experiências únicas.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa.

RESUMO

Os indicadores são instrumentos que apontam a realidade local, auxiliando o planejamento das ações no sistema de saúde. A partir das informações obtidas, pode-se atuar na implantação de medidas que busquem combater as dificuldades enfrentadas na localidade, visando à promoção de saúde. Os dados coletados pelos sistemas de informação são utilizados para descrever a situação da área considerada, fornecendo um diagnóstico que permita direcionar as políticas de saúde e nortear a atuação dos gestores. Nesse contexto, o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) fornece informações sobre a situação de saúde, de modo a orientar a gestão e auxiliar no processo decisório. O presente trabalho teve como objetivo analisar os indicadores operacionais referentes à saúde da criança e gestante e às morbidades nas áreas sob a cobertura das equipes de família, do município de Campina Grande - PB, no período entre 2009 a 2013, a partir dos dados obtidos no SIAB. Os valores foram apresentados em números e porcentagens, e discutidos com base na literatura sobre o tema. A frequência percentual de nascidos vivos e nascidos vivos com peso ao nascer inferior a 2500 gramas no município variou de 96,4% a 99,7% e de 5,3% a 7,3%, respectivamente. O percentual de crianças menores de um ano pesadas e entre 12 a 23 meses variou de 50% a 72,5% e de 39,4% a 60,3%. A porcentagem de crianças menores de um ano com vacinação em dia foi de 72,5% a 92,6% e a de crianças vacinadas entre 12 a 23 meses oscilou de 39,4% a 60,3%. Com relação ao aleitamento materno, a frequência percentual de aleitamento materno exclusivo e aleitamento misto em crianças menores de quatro meses exibiu variação, respectivamente, de 53,2% a 62,9%, e de 30,8% a 36%. Os percentuais de desnutrição em crianças abaixo de um ano e entre 12 a 23 meses foram de 0,5% a 0,8% e 0,5% a 1,8%, nessa ordem. Acerca dos agravos à saúde, foi verificada uma proporção de pessoas acompanhadas com diabetes de 64,9% a 84% e de pessoas com hanseníase de 82,2% a 95,1%. As frequências percentuais referentes às gestantes foram de: 82,1% a 96,4% acompanhadas; 75,3% a 86,4% com consulta de pré-natal no mês; 70,9% a 78,6% com início do pré-natal no primeiro trimestre; 78% a 93,3% com vacinação em dia. A utilização dos indicadores na gestão em saúde, finalmente, possibilita a mensuração da efetividade dos serviços disponibilizados bem como o estabelecimento de prioridades que concorram para a garantia do acesso à saúde.

Palavras-chave: Indicadores. Sistema de Informação em Saúde. Gestão.

ABSTRACT

Indicators are tools that link the local reality, assisting the planning of actions in the health system. From the information obtained, we can act in the implementation of measures aimed at combating the difficulties faced in the locality in order to promote health. The data collected by information systems are used to describe the situation of that area, providing a diagnosis that allows direct health policies and guide the actions of managers. In this context, the SIAB provides information on the health situation in order to guide the management and assist in decision making. This study saerch to analyze the operating indicators for the health of children and pregnant women and morbidity in the areas under the cover of family teams, the city of Campina Grande - PB, between 2009 and 2013, from the data obtained the SIAB. The values are presented in numbers and percentages, and discussed based on the literature about the theme. The percentage frequency of live born and live born with a birth weight less than 2,500 grams in the city ranged from 96.4% to 99.7% and from 5.3% to 7.3%, respectively. The percentage of children under one year and heavy between 12 to 23 months ranged from 50% to 72.5% and 39.4% to 60.3%. The percentage of children under one year with day vaccination was 72.5% to 92.6% and the vaccinated children between 12 to 23 months ranged from 39.4% to 60.3%. Regarding breastfeeding, the percentage rate of exclusive breastfeeding and mixed feeding in children less than four months old exhibited variation, respectively, 53.2% to 62.9%, and 30.8% to 36%. The percentage of malnutrition in children under one year and between 12 and 23 months were 0.5% to 0.8% and 0.5% and 1.8%, respectively. About health problems, it was observed a proportion of people with diabetes accompanied from 64.9% to 84% and people with leprosy 82.2% to 95.1%. The percentage frequencies related to pregnant women were: 82.1% to 96.4% accompanied; 75.3% to 86.4% with prenatal consultation in the month; 70.9% to 78.6% with early prenatal care in the first trimester; 78% to 93.3% with day vaccination. The use of indicators in health management, finally, allows for the measurement of the effectiveness of services provided and the establishment of priorities that contribute to ensuring access to health.

Keywords: Indicators. System Health Information. Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Mapa da Paraíba, com a localização de Campina Grande na Região Metropolitana de Campina Grande (RMCG)..... 19
- Figura 2** – Frequência percentual de crianças menores de 1 ano e entre 12 e 23 meses pesadas, Campina Grande - PB. 23
- Figura 3** – Frequência percentual de crianças menores de 1 ano e entre 12 e 23 meses com carteira de vacinação atualizada, Campina Grande - PB 24
- Figura 4** – Frequência percentual de desnutrição proteico-calórica em crianças menores de 1 ano e entre 12 e 23 meses, Campina Grande - PB..... 27

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Frequência percentual de nascidos vivos pesados e baixo peso ao nascer, Campina Grande - PB. 21
- Tabela 2** – Frequência percentual de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo e misto, Campina Grande - PB. 25
- Tabela 3** – Agravos à saúde cadastrados e acompanhados pelas equipes de saúde da família, Campina Grande - PB. 29
- Tabela 4** – Frequência percentual de gestantes acompanhadas, com consulta de pré-natal e com vacina em dia, Campina Grande - PB. 31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	14
3.2 A ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA NO SUS	15
3.3 USO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA GESTÃO LOCAL....	16
3.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	18
4 METODOLOGIA.....	19
4.1 TIPO DE PESQUISA	19
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	19
4.3 COLETA DOS DADOS.....	20
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	20
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

As ações de saúde devem refletir as demandas das comunidades em que são implementadas, de modo a alcançar a prevenção, o combate e a erradicação de doenças, visando à promoção de saúde da população da determinada localidade abarcada pelos programas de atuação, que possa propiciar uma maior qualidade dos serviços disponibilizados para os usuários (BITTAR et *al.*, 2009; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos meios para melhoria da sua situação sanitária e maior controle sobre sua saúde, estando dentre as estratégias para essa promoção o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento de habilidades e capacidades individuais, para promover possibilidades de escolhas e oportunidades para perseguir a saúde e o desenvolvimento (FINKELMAN, 2002).

Uma conquista social no tocante ao acesso à saúde, como direito garantido pelo Estado, foi o Sistema Único de Saúde (SUS) norteado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, detalhados pela Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080/90) e lei nº 8.142/90. A lei nº 8.080 dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços; e a lei nº 8.142 aborda a participação popular na gestão do SUS e as transferências de recursos de financiamento (BRASIL, 2011a). Com a regulamentação do SUS, buscou-se direcionar as ações para a efetivação dos princípios e diretrizes estabelecidos.

A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de potencializar o funcionamento das organizações de maneira a obter eficiência, eficácia e efetividade, num processo em que o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitam conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos fixados (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Para alcançar um resultado satisfatório, as ações em saúde devem ser acompanhadas de um adequado planejamento, de maneira que as políticas de saúde possam ser estabelecidas previamente para permitir o acesso igualitário aos serviços e combater as desigualdades existentes. Nesse sentido, a utilização de mecanismos que auxiliem a tomada de decisões é de fundamental importância para a adequada gestão de serviços de saúde, a qual deve, assim, ser

subsidiada por instrumentos que forneçam informações acerca da realidade vivenciada em áreas geográficas definidas (BITTAR *et al.*, 2009).

Assim, na gestão, faz-se necessária a avaliação dos serviços de forma que o gestor possa fazer escolhas embasadas em elementos verificáveis, de modo a tomar decisões acertadas em favor do grupo envolvido, evitando a aplicação dos recursos disponíveis em programas desapropriados. Tanaka e Tamaki (2012) refletem que a avaliação dos programas e ações de saúde deve estar orientada para proporcionar o máximo de benefício à saúde da população.

Como instrumentos de auxílio no processo decisório contribuindo para o planejamento, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde estão os indicadores. Estes podem ser definidos como unidade de medida de uma atividade, com a qual está relacionado, ou uma medida quantitativa que pode ser usada como guia para monitorar e avaliar a qualidade da assistência oferecida e as atividades referentes a um serviço (JCAHO, 1989).

Nessa mesma linha, ressalta Tronchin *et al.* (2009) que o uso dessa ferramenta possibilita aos profissionais monitorar e avaliar os eventos que acometem os usuários e as organizações, tendo por consequência mostrar em que medida os profissionais de saúde e os processos organizacionais atendem às demandas desses usuários. Assim, a partir desses indicadores, faz-se a interpretação dos valores observados, de maneira que possam orientar as decisões nos sistemas de saúde.

Os indicadores podem ser construídos para medir ou revelar aspectos relacionados a diversos planos em observação: níveis individuais, coletivos, associativos, políticos, econômicos e culturais, entre outros, podendo, exemplificativamente, ser usados para mensurar a disponibilização de bens e atividades, assim como para conceber parâmetros de acesso de diferentes atores a um programa, a relevância que ele possui para a vida de cada um, sua intensidade e seu sentido (MINAYO, 2009). Permitem um direcionamento das ações de saúde, representando uma ferramenta de gestão, possibilitando a adequação dos serviços de maneira a maximizar o desempenho dos programas de saúde (BITTAR *et al.*, 2009; COIMBRA *et al.*, 2012).

Vale ressaltar a importância do acesso dos dados consolidados pelos indicadores à população, para que a mesma possa participar da elaboração e fiscalização das políticas públicas. Para Oliveira *et al.* (2010), o acesso da população às informações constitui um

instrumento essencial para a democratização da saúde, uma vez que estimula a prática da cidadania, fortalecendo o controle social enquanto princípio preconizado pelo SUS.

Os sujeitos sociais precisam se apropriar do conhecimento produzido para intervir e buscar a concretização dos interesses da coletividade, no processo de democratização e descentralização política. Com a eliminação de barreiras que dificultam o acesso à comunicação, poderá haver uma melhor contribuição da sociedade na avaliação do sistema de saúde; daí a importância da informação em saúde, a qual possibilitará que esses sujeitos tomem ciência da realidade observada no sistema de saúde e estejam capacitados para opinar e apresentar sugestões referentes à atuação do governo (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

Indicadores referentes a crianças, gestantes e morbidades podem ser utilizados para demonstrar o nível da assistência oferecida a parcelas da população de determinada localidade, revelando sua situação de saúde, permitindo que, ao serem apontadas possíveis causas que justifiquem os valores constatados, se possam encontrar medidas que venham a consolidar as políticas de saúde ou indicar alternativas para alcançar resultados mais satisfatórios (OLIVEIRA et *al.*, 2010; COIMBRA et *al.*, 2012).

Como instrumento de coleta de dados na gestão em saúde, foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Diferentemente de outros sistemas de informação em saúde, o SIAB é territorializado, ou seja, fornece indicadores populacionais de uma determinada área de abrangência e, com isso, propõe que se conheçam as condições de saúde da população, bem como os fatores determinantes do processo saúde-doença (SILVA; LAPREGA, 2005). Caracteriza-se por descrever a realidade socioeconômica, sinalizar a situação de adoecimento e morte da população adscrita, avaliar os serviços e ações de saúde, além de contribuir para o monitoramento da situação de saúde em áreas definidas (BRASIL, 2003).

Tendo em vista o papel dos indicadores da atenção básica em fornecer informações referentes a regiões específicas, em âmbito federal, estadual e municipal, para o diagnóstico da realidade local e o auxílio ao processo decisório no exercício da gestão, o presente trabalho buscará, a partir da utilização dos dados do SIAB, apresentar a situação de saúde do município de Campina Grande, Paraíba.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os indicadores da atenção básica do município de Campina Grande - PB, no período entre 2009 e 2013.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Observar o peso ao nascer dos recém-nascidos;
- Investigar o peso, a vacinação e os índices de desnutrição em crianças menores de dois anos de idade;
- Verificar o aleitamento materno em crianças menores de quatro meses;
- Observar o acompanhamento dos agravos à saúde da população cadastrada com a respectiva morbidade;
- Discutir o acompanhamento da gestação, a realização de consultas de pré-natal e a vacinação das gestantes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Na década de 80, o Movimento da Reforma Sanitária colocou em evidência a discussão acerca dos direitos do cidadão no tocante à saúde. A construção de um projeto de reforma sanitária foi parte das lutas de resistência à ditadura com seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e em busca de um Estado democrático social (FLEURY, 2009). Os atores sociais engajados no combate à ditadura contaram com um discurso alternativo ao hegemônico que trazia formulações e proposições de saúde e democracia e com modos de fazer política ajustados à proposta existente (FEUERWERKER, 2005).

Um acontecimento decisivo nesse processo de transformação foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 com a participação das organizações da sociedade civil, que se tornou um marco do processo de democratização do setor, especialmente para as relações entre Estado e sociedade, abrindo trilhas para novas formas de conceber e organizar o sistema de saúde (COSTA, 2007). Impulsionada pelo Movimento da Reforma Sanitária, essa foi a primeira vez que a população participou do debate da saúde em conferências, sendo suas propostas contempladas no texto constitucional e em leis futuras (MIRANDA; SILVA; SOUZA, 2013; MOREIRA; HEIDRICH, 2012).

A plena realização do direito à saúde depende diretamente da atuação do Estado, visto que a promoção, proteção e recuperação da saúde estão relacionadas, em larga medida, a uma determinada ação a ser tomada pelos órgãos estatais, a qual deve ser, tanto quanto possível, legitimada por decisões tomadas com a participação da comunidade e pautadas em normas jurídicas (AITH, 2013).

A Constituição de 1888 proporcionou um avanço em relação às formulações legais anteriores, com a garantia de um conjunto de direitos sociais expressos no Título da Ordem Social, afirmando-se um modelo de seguridade social que veio a abarcar a saúde, a previdência e a assistência social, introduzindo a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, antes restritos à população beneficiária da previdência (FLEURY, 2009). Com relação à saúde, a Carta Constitucional buscou garantir a assistência voltada para abarcar plenamente a população e de forma equânime.

Ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição deu espaço a muitas das questões discutidas na Conferência de 1986. A saúde foi considerada de fato um direito de todos, a partir da óptica dos direitos sociais, tendo o Estado a responsabilidade de promover a assistência necessária aos cidadãos, em detrimento do que se tinha anteriormente com a oferta de serviços a determinados grupos. Buscou-se garantir a universalidade da cobertura dirigida à população, a igualdade no acesso, bem como a prestação de serviços que concorressem para a atenção integral.

O SUS representou um avanço na saúde pública que veio a atender às reivindicações dos sujeitos sociais para a construção de um sistema voltado às necessidades da população. A descentralização das ações e serviços de saúde tem permitido a apreciação de problemas em nível local, buscando-se uma solução para as dificuldades consoante à situação enfrentada na respectiva região. Além disso, a integração dos serviços de forma regionalizada e hierarquizada busca possibilitar uma maior eficiência das ações. Também, com a ampliação da participação da população, há um direcionamento das políticas de saúde para responder efetivamente às demandas dos usuários (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004; SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

Há muitos desafios a serem encarados, mas são visíveis os progressos na construção do SUS. Em tempos de políticas de redução da participação do Estado, houve a ampliação dos serviços de saúde, o crescimento do número de trabalhadores no setor, a expansão do acesso à saúde nos municípios, garantia de recursos mínimos para o setor, bem como a formação de um sistema descentralizado, com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social (FEUERWERKER, 2005).

3.2 A ATENÇÃO BÁSICA COMO PORTA DE ENTRADA NO SUS

O primeiro contato com o sistema de saúde se dá pela Atenção Básica. Através desta, os usuários de um território delimitado obtêm a assistência inicialmente necessária, tendo em vista os problemas mais frequentes verificados sob seus limites. A assistência oferecida é voltada para atender de maneira positiva às demandas de uma coletividade adscrita a áreas específicas e, quando necessário, conectar a mesma a níveis de maior complexidade (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2005; BRASIL, 2007).

A Atenção Básica se refere a um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a conservação da saúde a fim de que se possa garantir uma atenção integral que reflita na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011b).

Estrutura-se com o exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, no contexto de trabalho em equipe, voltadas a populações de territórios definidos, pelas quais reclama a responsabilidade sanitária, levando em consideração a dinamicidade existente no território habitado por essas populações, utilizando-se de tecnologias de cuidado complexas e diversificadas que venham a auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde mais expressivas, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento precisam ser considerados (BRASIL, 2011b).

A Atenção Básica no Brasil tem como marco a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no ano de 1994, e em 2006 é transformada em Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010a). A ESF viabiliza a efetivação das ações da Atenção Básica, com a observância das diretrizes que orientam o SUS, levando em conta os diversos aspectos da vida das pessoas que influenciam o seu estado de saúde, considerando as prioridades da comunidade, com a qual busca estabelecer um vínculo de responsabilidades mútuas que conduzam à promoção de saúde (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2007).

A ESF busca uma transformação no modelo de atenção à saúde, com a reorganização da Atenção Básica no país em conformidade com os preceitos do SUS, sendo tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por estimular uma reorientação do processo de trabalho com potencialidade de efetivar princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, propiciando também uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011b).

3.3 USO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA GESTÃO LOCAL

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) referem-se a um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação, facilitando o processo de tomada de decisão e auxiliando o controle das organizações de saúde, de modo que os dados, informações e conhecimentos congregados sejam utilizados na área da saúde para sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos profissionais envolvidos no atendimento dos usuários (MARIN, 2010).

O conhecimento das condições de saúde possibilita a implantação de ações voltadas a proporcionar a assistência adequada. A informação em saúde se mostra fundamental para o planejamento das ações locais, e também sustentação para os integrantes das equipes embasarem suas atividades e ações pautadas na realidade locorregional, sendo o sistema de informação o aliado para que sejam definidos meios para a produção dessa informação (BARBOSA; FORSTER, 2010). Há uma base de dados nacional alimentada com os dados produzidos nas Secretarias Municipais de Saúde via internet, cabendo ao Ministério da Saúde consolidar e disponibilizar esses dados no sítio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (CORREIA; PADILHA; VASCONCELOS, 2014).

De acordo com Gerhardt *et al.*(2011), durante o processo de municipalização, muitos dos princípios e diretrizes constitucionais que asseguram o direito à saúde não foram convertidos em ações concretas o suficiente para a efetiva implementação de mudanças. Para os autores, tendo em vista a gestão municipal, a configuração de um novo modelo assistencial demanda a existência de SIS que contribuam para o planejamento e a gestão locais.

A existência dos SIS possibilita o acesso da situação de saúde aos gestores e profissionais, de maneira que se possa alcançar a melhoria no atendimento. Segundo Marin (2010), os dados relativos ao cuidado oferecido precisam ser agregados e organizados para produzir um contexto que auxiliará a tomada de decisão sobre o tratamento ao qual o paciente deve ser submetido, orientando o processo de atendimento à saúde do mesmo e da população.

Nesse contexto, Barbosa e Forster (2010) refletem que um sistema de informação em saúde poderá oferecer relatórios e resultados viáveis para o planejamento de atividades locais, mas que, para isso, faz-se necessário que os responsáveis pela sua manutenção tenham clareza sobre suas possibilidades. A coleta e emprego adequado das informações obtidas por esses sistemas na gestão do setor saúde permitirá a melhora no cuidado oferecido aos usuários e também a satisfação diante do atendimento recebido, por meio da implementação de ações voltadas à cobertura assistencial na localidade considerada.

3.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Uma ferramenta voltada a nortear as ações e serviços de saúde é o SIAB. Criado em 1998, o SIAB é utilizado para a coleta de dados locais que serão utilizados na gestão, dada a importância das informações em saúde como um meio para revelar a realidade enfrentada pela população, de maneira a auxiliar o planejamento e monitoramento das ações e permitir a avaliação da situação de saúde daquela (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

O SIAB é um sistema de informação territorializado cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes da ESF, sendo as informações coletadas em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pela ESF e pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde, possibilitando-se, com a delimitação da população à qual se aplicam os dados, a construção de indicadores populacionais referentes às áreas de abrangência dos programas (BRASIL, 2009).

A territorialização do sistema permite também a localização espacial de problemas de saúde e a averiguação de desigualdades, representando uma ferramenta a ser utilizada na implementação de políticas que visem à redução de iniquidades, colaborando igualmente na avaliação da efetividade das ações elaboradas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Os dados alimentados no SIAB permitem a obtenção de informações que poderão ser utilizadas para que o gestor e a equipe, juntamente com a população, possam planejar as atividades a serem desenvolvidas, para o cumprimento do objetivo de otimizar as condições de saúde (BRASIL, 2007).

A disponibilização da base de dados do SIAB na internet faz parte das ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde, com o intuito de que as informações fornecidas subsidiem a tomada de decisão na gestão do SUS, e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, tornando públicos os dados para o acesso pelos atores sociais envolvidos na consolidação do SUS (BRASIL, 2014a). Nessa linha, Marcolino e Scochi (2010) ressaltam que, para além da evolução dos recursos tecnológicos, é preciso considerar que os dados disponibilizados podem gerar informações de interesse para o gestor e para a população.

4.3 COLETA DOS DADOS

Para a realização da pesquisa foram utilizados os dados dos indicadores da atenção básica referentes ao município de Campina Grande - PB.

Os dados utilizados na pesquisa foram correspondentes aos anos de 2009 a 2013, obtidos a partir do SIAB, disponíveis no site do DATASUS, do Ministério da Saúde. O SIAB apresenta indicadores referentes a cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde, dentre os quais foram escolhidos os que serão analisados no trabalho, referentes ao intervalo de tempo acima exposto (BRASIL, 2014a).

Os indicadores de saúde analisados foram os seguintes: peso, vacinação, aleitamento e desnutrição em crianças; agravos crônicos na população (diabetes, hipertensão, tuberculose e hanseníase); acompanhamento, pré-natal e vacinação das gestantes; concernentes à cobertura das equipes de saúde da família, no âmbito do PSF.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram expostos na forma de números e percentuais, sendo submetidos a cálculos para que fossem encontradas as proporções dos indicadores analisados em cada ano. Para a análise, foram construídas tabelas e figuras, com a utilização do editor de texto Microsoft Office Word 2010 e do Microsoft Office Excel 2010, nas quais foram apresentados os valores encontrados, sendo estes posteriormente discutidos, tendo-se como referência a bibliografia sobre o tema.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Acerca dos aspectos éticos, pelo fato de a pesquisa utilizar dados disponíveis em sítios eletrônicos de livre acesso e domínio público, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição foi desnecessária.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PSF foi implantado em Campina Grande em 1994 com cinco equipes, e em 2008 contava com 85 equipes de saúde da família assistindo a 71% da população (FIGUEIREDO *et al.*, 2009). Atualmente, o município apresenta aproximadamente 95 equipes que atinge 87% da população, considerando-se o município no todo, e 100%, ao ser considerada a Zona Rural (BEZERRA, 2013).

O programa foi instituído pelo Ministério da Saúde a fim de reforçar a Atenção Básica, conduzindo a uma visão ampliada da realidade do indivíduo enquanto usuário do sistema de saúde pública e ensejando mudanças no modelo de atenção à saúde. Nessa linha, demonstrando as condições de saúde, os indicadores da Atenção Básica, por meio das informações disponibilizadas, permitem uma análise objetiva da situação de saúde, contribuindo para a programação das ações a serem dirigidas à população (RIPSA, 2008).

Nesse sentido, a análise da evolução da saúde da criança e gestante bem como o acompanhamento dos agravos, refletindo o estado da saúde da população de determinada área de abrangência, fornecem informações para subsidiar a tomada de decisão no processo de gestão.

A tabela 1 apresenta dados relativos à porcentagem de Nascidos Vivos (NV) pesados ao nascer e de baixo peso ao nascer (BPN) no município de Campina Grande nos anos de 2009 a 2013. A menor porcentagem de NV pesados foi verificada no ano de 2012, correspondendo a 96,4%, e a maior no ano de 2010, com 99,7%. Observam-se altos valores do indicador possivelmente em razão de o peso ser medido no hospital ou maternidade em que o parto ocorreu.

Tabela 1 – Frequência percentual* de nascidos vivos pesados e baixo peso ao nascer, Campina Grande - PB.

Indicador	2009		2010		2011		2012		2013	
	N= 1248		N=875		N=876		N=854		N=803	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nascidos vivos pesados**	1.236	99	873	99,7	863	98,5	823	96,4	791	98,5
Nascidos vivos com menos de 2500g	87	7	62	7,1	64	7,3	45	5,3	53	6,6

*Índices calculados a partir dos dados disponíveis no SIAB.

** O termo ‘nascidos vivos pesados’, de acordo com informações do SIAB, refere-se ao número de crianças nascidas vivas que foram pesadas no hospital ou maternidade em que nasceram.

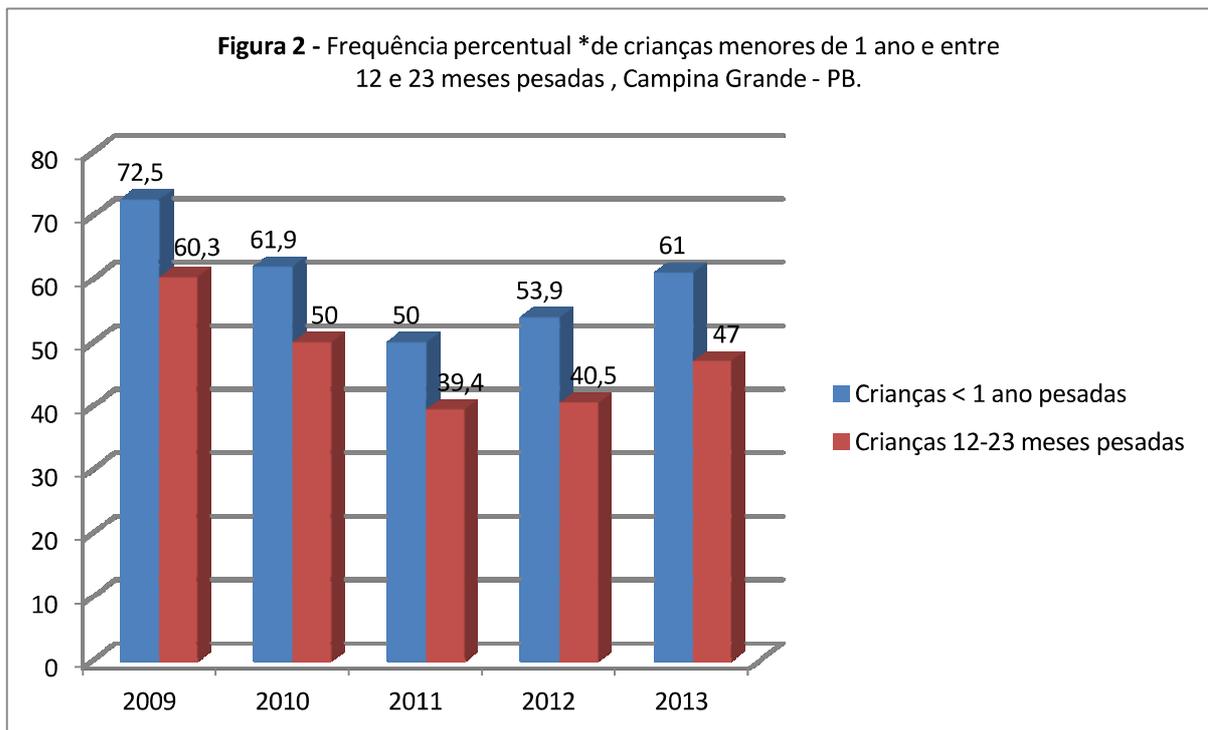
No país, de acordo com dados do SIAB, o menor e o maior índice de NV pesados no período analisado foram observados também nos anos de 2012 e 2010, respectivamente, alcançando os valores de 97,7% e 98,4%. Assim sendo, verifica-se que os valores referentes ao município de Campina Grande nos respectivos anos se encontram próximos aos índices encontrados no país.

As informações referentes ao acompanhamento da criança indicam o contexto do sistema de saúde acessível à população. Os dados acerca de nascidos vivos permitem a avaliação dos níveis de saúde, o que auxilia o planejamento, a gestão e a avaliação de políticas de saúde (BRASIL, 2007 *apud* DOMINGOS; NUNES; STUTZ, 2010). Além disso, revelam também a qualidade do cuidado empregado (DOMINGOS; NUNES; STUTZ, 2010).

A ocorrência de BPN está associada ao retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil, sendo considerado um preditor da sobrevivência infantil, visto que quanto menor o peso ao nascer, maior a probabilidade de morte precoce (BRASIL, 2010b; KILSZTAJN *et al.*, 2003). A proporção de até 6% é tida como aceitável, enquanto percentuais acima de 10% são considerados inadmissíveis (BRASIL, 2010b).

De acordo com Prati (2011), a prematuridade está ligada a fatores biológicos maternos, enquanto o retardo do crescimento intrauterino a fatores socioeconômicos, podendo também ser considerados fatores associados ao BPN: baixa e avançada idade materna, reduzido número de consultas de pré-natal, parto não hospitalar e neonatos do sexo feminino.

Acerca dos índices de BPN em Campina Grande no intervalo de tempo analisado, a porcentagem verificada foi de 5,3% (2012) a 7,3% (2011), estando dentro do limite admissível (abaixo de 10%). No país, segundo dados obtidos a partir do SIAB, os valores foram de 9,7% (2010) a 10,8% (2011), observando-se que os índices do município foram inferiores aos nacionais. Nos países desenvolvidos, a proporção de BPN encontra-se próximo a 5% (ENES, 2007 *apud* PRATI, 2011).



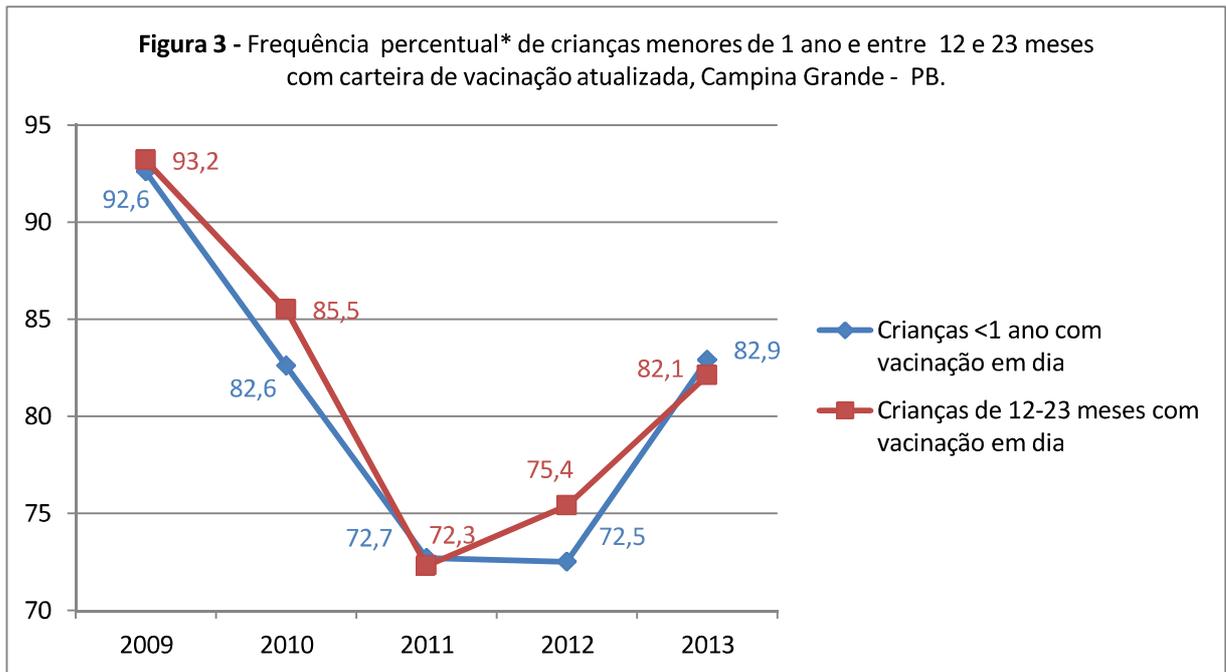
*Índices calculados a partir dos dados disponíveis no SIAB

Considerando os dados da figura 2, referentes a crianças menores de 1 ano (0 a 11 meses e 29 dias) e de 12 a 23 meses e 29 dias, observa-se que a prevalência de crianças menores de 1 ano pesadas exibiu variação de 50% (2011) a 72,5% (2009), demonstrando decréscimo nos anos de 2009 a 2011 e posterior aumento nos anos 2012 e 2013. No Brasil, segundo dados do SIAB, os valores foram superiores aos observados em Campina Grande, variando de 86,8% (2011) a 88,2% (2009 e 2010).

Acerca do acompanhamento de crianças menores de um ano, estudo realizado por Carvalho *et al.*(2008) no estado de Pernambuco, destacou a carência de balanças, Cartão da Criança e normas do programa de atenção à criança e treinamento de profissionais, em um número considerável de unidades de saúde do estado, comprometendo a monitorização do crescimento.

A porcentagem de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias pesadas no município de Campina Grande variou de 39,4% (2011) a 60,3% (2009), havendo, como em relação ao indicador anterior, decréscimo e posterior elevação nos índices encontrados. Os valores encontrados para o país foram de 82,9% (2010) a 85,2% (2009).

Em estudo realizado no município de São Luís, MA, Coimbra *et al.* (2012) verificaram, no ano de 2009, um percentual de 87,5% e 85,6% de crianças menores de 1 ano pesadas e de 12-23 meses pesadas, respectivamente, superiores aos encontrados para o mesmo ano em Campina Grande.



*Índices calculados a partir dos dados disponíveis no SIAB

A cobertura vacinal em crianças para faixa etária específica nos anos de 2009 a 2013 está expressa na figura 3. Os índices de vacinação de crianças menores de um ano (0 a 11 meses e 29 dias) no município de Campina Grande oscilaram de 72,5% no ano de 2012 a 92,6% em 2009, sendo inferiores aos valores para o país que variaram de 94,6% (2013) a 96,4% (2011) no mesmo período de acordo com as informações obtidas no SIAB.

As vacinas recomendadas para as crianças se destinam a proteger esse grupo de agravos à saúde o mais precocemente possível, tendo como meta o esquema básico completo no primeiro ano de vida e os reforços e as demais vacinações nos anos posteriores (BRASIL, 2014b).

A porcentagem de vacinação de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias no município de 2009 a 2013 variou de 72,3% em 2011 a 93,2% em 2009. A proporção no país foi de 93% (2010) a 95,5% (2011) segundo dados do SIAB.

A vacinação, juntamente com outras ações de vigilância epidemiológica, ao longo do tempo perde o caráter verticalizado e se agrega ao conjunto de ações da atenção primária em saúde, havendo a operacionalização das campanhas, intensificações, operações de bloqueio e atividades extramuros pela equipe da atenção primária, com apoio dos níveis distrital, regional, estadual e federal, sendo fundamental o fortalecimento da esfera municipal (BRASIL, 2014b).

Não obstante a indiscutível importância das vacinas no tocante à proteção à saúde e à prevenção de doenças, especialmente durante a infância, muitas crianças não são vacinadas por diferentes fatores, que abrangem desde o nível cultural e econômico dos pais, até causas relacionadas a crenças, superstições, mitos e credos religiosos (SILVEIRA *et al.*, 2007).

Os índices de vacinação em Campina Grande no intervalo analisado se mostram inferiores à meta recomendada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), que corresponde a 95% (BRASIL, 2011c), o que indica a necessidade de campanhas e ações no contexto do PSF voltadas a informar os pais sobre a importância do cumprimento do calendário de vacinação para a garantia da imunização da criança e prevenção de problemas de saúde posteriores.

Tabela 2 – Frequência percentual* de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo e misto, Campina Grande - PB.

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013
Crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo	62,9%	60,1%	59,6%	53,2%	62,8%
Crianças menores de 4 meses com aleitamento misto	31,7%	34,1%	33,3%	36%	30,8%

*Índices calculados a partir dos dados disponíveis no SIAB.

Com relação ao aleitamento materno, foram considerados os dados referentes às crianças menores de quatro meses (até 3 meses e 29 dias), como sugerido na tabela 2. A variação dos valores encontrados para crianças com aleitamento materno exclusivo foi de 53,2% em 2012 a 62,9% em 2009, enquanto os valores nacionais foram de 73,1% (2013) a 76,3% (2011) segundo informações do SIAB. Por sua vez, o percentual de crianças com aleitamento misto no município foi de 30,8% (2013) a 36% (2012), e no país os valores variaram de 22,4% (2012) a 24,1% (2009).

A importância do aleitamento materno para a criança nos aspectos físico e emocional é inquestionável, tendo muitas organizações nacionais e internacionais se dedicado a estabelecer e difundir estratégias de incentivo à amamentação (NARCHI *et al.*, 2009). A Organização Mundial de Saúde (2003) recomenda o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida para um crescimento e desenvolvimento saudável, e posteriormente a amamentação, junto com alimentação complementar adequada, até os dois anos de idade ou mais.

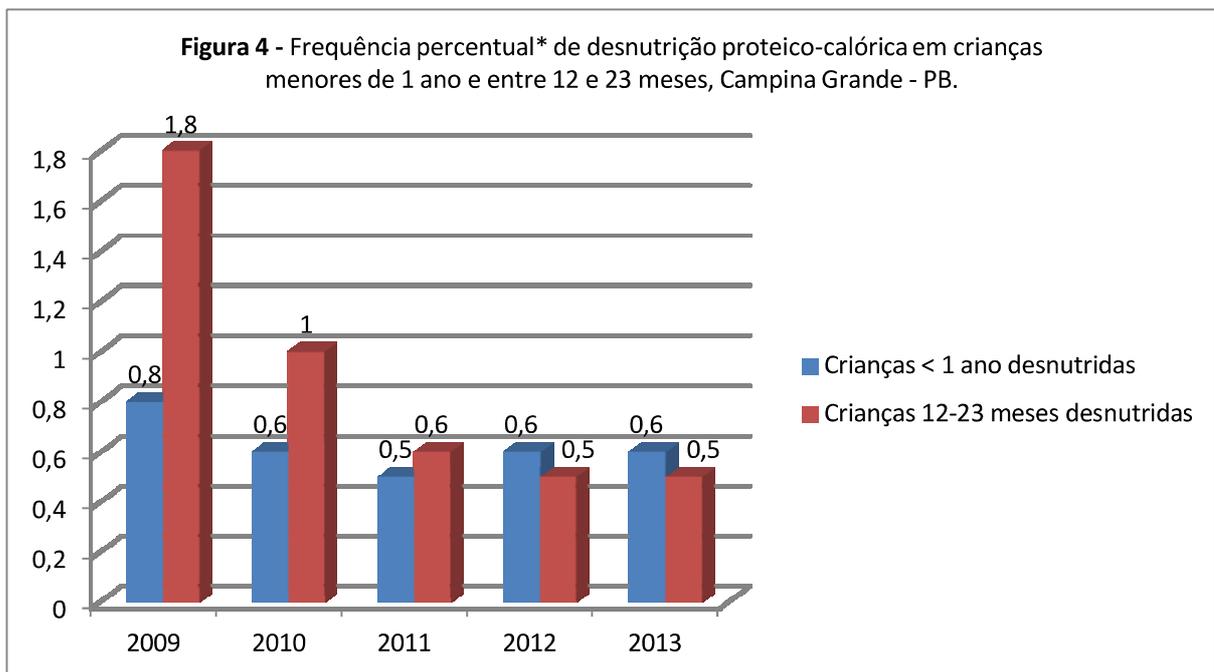
Com o presente estudo, tendo em vista os valores encontrados, observa-se, assim, a necessidade de ações de incentivo ao aleitamento no município de Campina Grande, permitindo que as mães possam escolher pela amamentação, diante das vantagens que esta proporciona à criança, atendendo às necessidades nutricionais e contribuindo o fortalecimento do sistema imunológico, dentre outros benefícios.

Em um estudo que avaliou o aleitamento materno em Araçatuba, São Paulo, Saliba *et al.* (2008) verificou a queda acentuada do aleitamento exclusivo nos seis primeiros meses de vida, constatando um percentual de 75,5% dos lactentes sendo amamentados exclusivamente com leite materno nos 30 primeiros dias de vida, 45,1% no quarto mês e apenas 22,2% aos seis meses de vida, destacando o papel de órgãos governamentais, meios de comunicação e profissionais de saúde na mobilização em prol do aleitamento.

A amamentação trata-se de um tema de saúde pública, estando envolvidos vários elementos. Acerca de influências externas sobre a opção da mãe pelo aleitamento, Machado e Bosi (2008) consideram a necessidade de o Estado e a sociedade garantir condições à mulher para que o propósito de amamentar por um período de, ao menos, seis meses seja alcançado, por meio da segurança e apoio no emprego durante a gravidez e no pós-parto, instalação de creches e de locais de aleitamento no ambiente de trabalho, eliminação da dupla jornada de trabalho da mulher com a desmistificação de papéis no contexto familiar.

Como medidas de incentivo ao aleitamento, podem ser citadas como favoráveis as estratégias de intervenção, como discussões em grupos abordando a questão, além de palestras sobre os benefícios da amamentação, com a participação de pessoas do convívio social da mulher que possam estimulá-la, tais como o pai, avós e amigas íntimas, bem como a formação de grupos de apoio entre as mães, a realização de visitas domiciliares por agentes comunitários e a educação comunitária no período gestacional (SALIBA *et al.*, 2008).

As ações em saúde pública voltadas a divulgar a importância do aleitamento, principalmente nos primeiros meses de vida, através de informação às mães contribuem para o aumento da prática, prolongando a duração do tempo de amamentação e evitando a introdução precoce de outros alimentos, alguns inclusive prejudiciais à saúde da criança, devendo o profissional de saúde, estar preparado para orientar, oferecer apoio e dar esclarecimentos à mulher nesse processo.



*Índices calculados a partir dos dados disponíveis no SIAB.

No que diz respeito à desnutrição proteico-calórica, destaque-se a importância da ocorrência de baixos percentuais dos indicadores, sugerindo uma satisfatória situação alimentar/nutricional da população a que se refere. A prevalência de crianças abaixo de um ano (0 a 11 meses e 29 dias) desnutridas no município de Campina Grande foi de 0,5% (2011) a 0,8% (2009). No país, de acordo com dados do SIAB, os valores variaram de 0,6% (2012 e 2013) a 1% (2009) para o mesmo indicador.

Com relação à desnutrição em crianças de doze a vinte e três meses e 29 dias em Campina Grande, foram encontrados valores de 0,5% (2012 e 2013) a 1,8% (2009). No país, a variação foi de 0,8% (2013) a 1,7% (2009). Os dados obtidos mostram a redução do percentual de desnutrição nos últimos anos.

A desnutrição nos primeiros anos de vida, evidenciada por indicadores antropométricos do estado nutricional, é um dos grandes problemas dos países em desenvolvimento (MONTEIRO *et al.*, 2009). Apesar de estudos nacionais apontarem para uma tendência à redução na prevalência da desnutrição energético-proteica no Brasil, seus resultados indicam a concentração da desnutrição entre as crianças com idade de 6 a 18 meses, demonstrando a importância da alimentação para a saúde e o estado nutricional das mesmas (BRASIL, 2005b).

Por outro lado, a redução da desnutrição em crianças menores de cinco anos no país se mostrou expressiva nas últimas décadas. No período entre os anos de 1989 e 2006, o Brasil alcançou as metas referentes à redução da desnutrição infantil do primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o qual se refere à erradicação da pobreza extrema e da fome: 'Prevalência de crianças (com menos de cinco anos) abaixo do peso' diminuiu mais de quatro vezes (de 7,1% para 1,7%), ao mesmo tempo em que o déficit de altura foi para cerca de um terço (de 19,6% para 6,7%) (BRASIL, 2012a).

Os valores correspondentes a esse indicador podem estar relacionados, dentre outras elementos, ao baixo peso ao nascer. A ocorrência de BPN contribui para as chances de a criança apresentar desnutrição, projetando o estado nutricional para os próximos anos de vida. Nesse contexto, destaca-se a importância do aleitamento para a saúde da criança, colaborando, muitas vezes, para a sobrevivência daquelas que apresentaram BPN.

A maior redução das prevalências de desnutrição infantil ocorreu na Região Nordeste e nas populações mais pobres do país, podendo ser mencionados como os principais fatores responsáveis por esse progresso o aumento da escolaridade materna e renda familiar, o maior acesso da população aos serviços da rede de atenção básica e a expansão do saneamento básico (BRASIL, 2012a).

Estudo realizado por Monteiro *et al.* (2009) demonstrou uma redução da desnutrição em crianças com idade abaixo de cinco anos em cerca de 50% de 1996 a 2007, indo de 13,5% em 1996 para 6,8% em 2006/7, sendo grande parte desse avanço resultado dos fatores citados acima: 25,7% devido ao aumento da escolaridade materna, 21,7% pelo crescimento do poder aquisitivo, 11,6% devido à ampliação da assistência à saúde e 4,3% em razão da melhoria do saneamento básico.

Como providência do governo em nível nacional, cita-se como uma das metas do Plano Nacional de Saúde (2012-2015) (Diretriz 7), a redução da desnutrição energético-

proteica entre crianças abaixo de cinco anos de idade para chegar aos 4,0% em 2015, buscando-se a alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2011d).

Para que sejam mantidos resultados satisfatórios em nível local em relação aos índices de desnutrição em crianças, faz-se necessário o empenho dos gestores públicos em efetivar ações na atenção à saúde que identifiquem as causas daquela, implantando medidas que possibilitem sua eliminação e garantam a promoção e a proteção da saúde.

Tabela 3 – Agravos à saúde cadastrados e acompanhados pelas equipes de saúde da família, Campina Grande - PB.

Agravos	2009	2010	2011	2012	2013
Diabetes					
Cadastrados	20.132	16.698	22.002	22.584	23.663
Acompanhados	16.914	12.215	14.871	14.650	16.581
Percentual de acompanhados*	84%	73,2%	67,6%	64,9%	70,1%
Hipertensão					
Cadastrados	103.180	82.656	101.871	98.754	95.228
Acompanhados	85.293	55.988	65.025	61.931	64.295
Percentual de acompanhados*	82,7%	67,7%	63,8%	62,7%	67,5%
Tuberculose					
Cadastrados	182	178	224	158	191
Acompanhados	170	155	148	89	166
Percentual de acompanhados*	93,4%	87,1%	66,1%	56,3%	86,9%
Hanseníase					
Cadastrados	384	174	216	236	178
Acompanhadas	365	151	188	194	153
Percentual de acompanhados*	95,1%	86,8%	87%	82,2%	86%

*Índices calculados a partir dos dados disponíveis no SIAB.

A tabela 3 se refere ao acompanhamento de agravos à saúde no município de Campina Grande no período de 2009 a 2013. O percentual de diabéticos acompanhados foi de 64,9% (2012) a 84% (2009). A proporção de hipertensos acompanhados variou de 62,7% (2012) a 82,7% (2009). Com relação à tuberculose, os valores encontrados variaram de 56,3% (2012) a 93,4% (2009). O percentual de pessoas com hanseníase acompanhadas foi de 82,2% (2012) a 95,1% (2009). Observa-se que para cada morbidade, os maiores valores percentuais foram verificados no ano de 2009, enquanto o ano de 2012 apresentou as menores proporções.

As doenças crônicas constituem motivo de preocupação para os profissionais da saúde, causando desgaste e sofrimento à pessoa acometida (MARCON *et al.*, 2004). Acerca da prevenção, detecção e tratamento do diabetes *mellitus* e hipertensão, observa-se a necessidade

da aplicação dos estudos epidemiológicos para a implantação de medidas de controle e prevenção para que seja possível a detecção e a mobilização de recursos humanos e financeiros para seu tratamento (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Nesse sentido, a visita domiciliar, no âmbito do PSF, mostra-se como um caminho para o controle desses agravos, levando às pessoas orientação e assistência para que possam mudar hábitos e seguir os cuidados necessários a fim de prevenir, minimizar ou retardar as implicações das morbidades.

Acerca da tuberculose (TB), sabe-se que o Brasil é um dos 22 países que abrigam 80% da carga da doença no mundo, tendo sido notificados 72 mil novos casos no ano de 2009, com um coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes (BRASIL, 2011e). No município em estudo, verificou-se um percentual insatisfatório de casos acompanhados principalmente em 2012, indicando a necessidade da implementação de ações dirigidas às pessoas acometidas, que possam auxiliar no tratamento e conter a expansão do agravo, evitando o aumento no número de ocorrências.

Tendo em vista o alcance de metas e o cumprimento de pactos, entende-se que a organização das ações de controle da TB em esfera local deva estar ligada a um trabalho coordenado cuja operacionalização se firme nas relações que envolvem pessoas, tecnologias e recursos, cabendo ao gestor exibir habilidades para mediar, manter e transformar essas relações de acordo com as necessidades da população (TRIGUEIRO *et al.*, 2011).

A hanseníase é também um problema de saúde pública notável no Brasil, tendo o Ministério da Saúde o compromisso de alcançar menos de um caso por 10.000 habitantes até 2015 (BRASIL, 2012b). Dentre algumas das metas que têm cooperado para a redução do agravo, podem ser mencionadas a ampliação da descentralização a todas as unidades de saúde, para o diagnóstico precoce e o risco reduzido de desenvolvimento de incapacidades físicas, bem como a informação, a educação e a comunicação sobre a hanseníase, para que o indivíduo seja capaz de identificar sinais e sintomas da doença precocemente (DUARTE-CUNHA *et al.*, 2012). Vale destacar o papel das equipes de saúde por meio de profissionais que possam auxiliar no diagnóstico, reduzindo chances de complicações da doença e evitando a transmissão, através do tratamento adequado.

Tabela 4 – Frequência percentual* de gestantes acompanhadas, com consulta de pré-natal e com vacina em dia, Campina Grande - PB.

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013
Gestantes acompanhadas	96,4%	94,1%	87,9%	82,1%	91,5%
Gestantes com consulta de pré-natal no mês	86,4%	84,3%	78,6%	75,3%	83,4%
Gestantes com início do pré-natal no 1º trimestre	78,6%	76,3%	71,3%	70,9%	77,7%
Gestantes com vacina em dia	93,3%	90,9%	83,9%	78%	88,3%

*Índices calculados a partir dos dados disponíveis no SIAB.

A atenção às gestantes em Campina Grande está demonstrada na tabela 4. Com relação à porcentagem de gestantes acompanhadas, os valores encontrados variaram de 82,1% em 2012 a 96,4% em 2009. No Brasil, de acordo com valores calculados a partir do SIAB para o intervalo de tempo considerado, o percentual do indicador foi de 92,1% (2013) a 96,4% (2010).

Acerca da consulta de pré-natal, a proporção de gestantes com consulta no mês foi de 75,3% em 2012 a 86,4% em 2009, enquanto os valores no país variaram de 87,1% (2013) a 90,5% (2010) segundo dados obtidos no SIAB, demonstrando a situação da mulher quanto a esse indicador menos favorável no município em estudo que em nível nacional, o que pode representar a não regularidade às consultas durante a gravidez, sugerindo, dentre outras medidas, a necessidade da melhoria do acesso aos serviços de saúde oferecidos às gestantes.

O pré-natal com qualidade, no âmbito da assistência dada às gestantes, destaca-se como sendo o primeiro alvo a ser atingido em relação à redução das taxas de morbimortalidade materna e perinatal e, para tanto, a viabilização dos programas exige competência da atuação profissional e atualização contínua desta última (COSTA *et al.*, 2010).

Observa-se que o percentual referente ao início do pré-natal no primeiro trimestre da gravidez foi de 70,9% (2012) a 78,6% (2009) no município, indicando que uma parcela considerável das mulheres não procura a unidade de saúde com antecedência para iniciar o acompanhamento. No Brasil, os valores referentes ao intervalo de tempo analisado, calculados a partir do SIAB, encontraram-se entre 78,3% (2009) e 80,7% (2010), sendo em sua maioria superiores aos do município.

Com relação ao início do pré-natal, Almeida e Tanaka (2009) ressaltam que o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde, estabelece que a captação pelo serviço de saúde deva ocorrer em até 120 dias de gestação, estando a variação no tempo transcorrido até a sua procura associada à disponibilidade de acesso aberta pelo serviço, bem como pela percepção da mulher quanto à necessidade de acompanhamento pré-natal da qualidade do serviço prestado.

O percentual de gestantes vacinadas em Campina Grande de 2009 a 2013 foi de 78% (2012) a 93,3% (2009), enquanto a situação vacinal das mulheres grávidas no país exibiu, no mesmo período, proporção de 89,1% (2013) a 92,9% (2010). Os índices verificados no município demonstram que a cobertura vacinal precisa ser ampliada de modo a alcançar o mais próximo da totalidade dessa população, evitando ocorrências posteriores que possam prejudicar o desenvolvimento da criança e a saúde da mãe.

A assistência adequada durante a gravidez permite a prevenção de agravos e o diagnóstico de patologias o mais antecipadamente possível a fim de que os cuidados reflitam em boas condições para o nascituro. Através do acompanhamento da gestação, com a realização do pré-natal e a vacinação necessária, o risco de eventos desfavoráveis poderá ser minimizado. Para isso, os serviços de saúde devem estar capacitados para fornecer à mulher o atendimento preciso, de maneira que esta possa dar o prosseguimento correto à gravidez, garantindo a melhor cobertura nas ações desenvolvidas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que o sistema público de saúde ofereça serviços à população de modo a alcançar resultados satisfatórios no tocante à cobertura da Atenção Básica, faz-se necessário que a situação de saúde esteja elucidada, apontando-se áreas prioritárias para o desenvolvimento de ações que produzam melhores condições de vida.

Nesse sentido, os indicadores de saúde são instrumentos úteis na mensuração da efetividade dos serviços disponibilizados, contribuindo na identificação dos problemas de saúde que acometem uma determinada área geográfica, e auxiliando no processo de tomada de decisão pelo gestor que possa resultar em benefícios para a localidade através da adoção de medidas que estejam em consonância com a realidade vivenciada pela mesma.

Observa-se que o SIAB como sistema de informação possibilita o acompanhamento da atenção à saúde dirigida à população por meio da coleta de dados no âmbito do PSF. Apesar de críticas dirigidas à referida ferramenta, que abordam a insuficiência, não confiabilidade das informações coletadas ou mesmo a limitação dos indicadores utilizados, o SIAB se mostra um instrumento de gestão valioso, que indica a situação epidemiológica e orienta as ações de saúde tendo em vista as necessidades locais.

Os resultados concernentes ao município foram comparados a valores encontrados no país e em outros estudos da literatura, indicando o bom desempenho de alguns dos indicadores analisados e a necessidade da melhoria de outros para que se verifique a amplitude da assistência ofertada.

Assim, a implantação de programas e ações que busquem avanços no município, com aplicação das informações do SIAB, poderá refletir de maneira eficaz no nível de atenção à saúde por levar em conta a realidade enfrentada na localidade, cabendo ao gestor observar os dados da situação de saúde para um melhor acompanhamento da população e adequação dos serviços oferecidos.

Haja vista a localização dos problemas e demandas em saúde no contexto da Atenção Básica, o PSF, através da sistematização da informação, busca o adequado planejamento de políticas em saúde que venham a potencializar a qualidade dos programas ofertados no âmbito do sistema público de saúde.

A utilização dos indicadores na adoção de estratégias pelo gestor em proveito da população permite a pertinente alocação de recursos para o enriquecimento da assistência à saúde, trazendo mudanças favoráveis que possam concorrer para a promoção de saúde. O modelo assistencial progrediu em muitos aspectos, no entanto, o seu aprimoramento deve ser buscado a fim de possibilitar o amplo atendimento da comunidade, oferecendo-se amparo, acolhimento no acesso inicial ao sistema e atendimento com equidade, por meio de intervenções capazes de assegurar efetivamente o exercício do direito à saúde.

A apreciação dos dados do SIAB referentes ao município de Campina Grande permitirá que o gestor analise as dificuldades locais e estabeleçam prioridades que concorram para a garantia do acesso à saúde. Não obstante a possibilidade de as limitações do sistema comprometerem as informações geradas, os dados apontam a situação de saúde do município, demonstrando ser apropriado o uso das informações na reavaliação dos serviços ofertados, para que ocorra investimento nos quesitos mais problemáticos a fim de corrigir as falhas e afastar os obstáculos aos cuidados de saúde, traduzindo-se na ampliação do acesso à Atenção Básica e maior qualidade de vida para a população.

REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando Mussa Abujamra. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 148-54, 2013.
- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n.1, p. 98-104, 2009.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n.1, p. 15-24, 2004.
- BARBOSA, D. C. M.; FORSTER, A. C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.424-433, 2010.
- BEZERRA, S. T. T. **Promoção da saúde do trabalhador**: possibilidades e desafios no âmbito da estratégia saúde da família. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013.
- BITTAR, T. O. et al. O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **RFO**, v. 14, n. 1, p. 77-81, 2009.
- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. v. 8, Brasília, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Paraíba - Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS**. Brasília: CONASS, 2011c.
- BRASIL. Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Políticas de Saúde. Coordenadoria de Gestão da Informação em Saúde. **Manual de indicadores e parâmetros da saúde**. Cuiabá, 2010b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família**: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2 ed. atual. Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm>. Acesso em: 31 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Série b. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de informação da atenção básica - SIAB**: indicadores 2002. 5. ed. atual. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB**: indicadores 2006. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS**, v. 2, Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n.6, p.1206-1207, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases**: plano de ação 2011-2015. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde (PNS)**: 2012-2015, 2011d.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SIAB**. Apresentação. 2014a. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>>. Acesso em: 25 out. 2014.

CARVALHO, M. F. et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 675-685, 2008.

COIMBRA, L. C. et al. Indicadores operacionais da Atenção Básica em São Luís, Maranhão. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 13, n. 2, p. 38-41, 2012.

CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L. Métodos para avaliar a completude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4467-4478, 2014.

COSTA, G. R. C. et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 6, p. 1005-1009, 2010.

COSTA, M. R. A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.13, n.2, p. 85-107, 2007.

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; STUTZ, A. C. Monitoramento da saúde da criança em uma Unidade de Atenção Básica do município de Londrina-PR. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 01-10, 2010.

DUARTE-CUNHA, M. et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1143-1155, 2012.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface. Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.489-506, 2005.

FIGUEIREDO, T. M. R. M. et al. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, 2009.

FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 328 p., 2002.

FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.743-752, 2009.

GERHARDT, T. E. et al. Utilização de serviços de saúde de atenção básica em municípios da metade sul do Rio Grande do Sul: análise baseada em sistemas de informação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1), p. 1221-1232, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250400>>. Acesso: em 25 out. 2014.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Characteristics of clinical indicators. **QRB Qual Rev Bul**, v.15, n. 11, p.330-339, 1989.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.

MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n. 2, p. 187-196, 2008.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p.1383-1388, 2011.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde das Famílias. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p.314-320, 2010.

MARCON, S. S. et al. Características da doença crônica em famílias residentes na região norte do município de Maringá, Estado do Paraná: uma primeira aproximação. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 83-93, 2004.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010.

MINAYO, M. C. S. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, 1 Supl. 1, p. 83-91, 2009.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-262, 1993.

MIRANDA, S. R. M.; SILVA, R. S. B.; SOUZA, K. C. N. Gestão Social no Contexto das Políticas Públicas de Saúde: uma reflexão crítica da prática no Sistema Único de Saúde. **Drd – Desenvolvimento Regional em Debate**, ano 3, n. 2, p. 135-153, 2013.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

MOREIRA, I. A.; HEIDRICH, A. V. Participação social na saúde: limites e possibilidades de controle social em tempo de reforma do Estado. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 18, n. 2, p. 107-119, 2012.

NARCHI, N. Z. et al. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 87-94, 2009.

OLIVEIRA, Q. C. et al. Sistema de Informação da Atenção Básica: Situação de Saúde de um município de Mato Grosso. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 9, n. 1, p. 36-43, 2010.

PRATI, F. S. M. **Baixo Peso ao nascer**: análise crítica e proposta de trabalho com gestantes em comunidades da região metropolitana de Curitiba – Estado do Paraná. Dissertação. (Mestrado em saúde da criança e do adolescente). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

RANGEL JUNIOR, A. G.; SOUSA, C. M (Orgs). **Campina Grande hoje e amanhã**. [Livro Eletrônico]. Campina Grande: EDUEPB, 2013.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

SALIBA, N. A. et al. Frequência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 8, n. 4, p. 481-490, 2008.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p.683-688, 2007.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. S. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.

SILVEIRA, A. S. A. et al. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, 2007.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, 821-828, 2012.

TRIGUEIRO, J. V. S. et al. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 9, 2011.

TRONCHIN, D.M.R. et al. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 542-546, 2009.

Organização Mundial de Saúde. **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**, Geneva, 2003.