

## DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM CUIABÁ, NO PERÍODO DE DEZEMBRO DE 2010.

Gisele Pedroso Moi<sup>1\*</sup>  
 Sandra Antunes<sup>2</sup>  
 Marenilza Silvia Vieira Pinheiro da Silva<sup>2</sup>  
 Erica Faria Gomes<sup>2</sup>  
 Camila Íngrid de Oliveira Carvalho<sup>2</sup>  
 Marcelo Gomes Alexandre<sup>2</sup>  
 Marco Aurelio Bertulio das Neves<sup>3</sup>  
 Noemi Dreyer Galvão<sup>4</sup>.

### RESUMO

Existem diversas abordagens e fontes de informação para obter um diagnóstico sócio-sanitário de um território. Uma das fontes de informação mais utilizadas para avaliar as condições de vida e de saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Assim, este estudo transversal, exploratório e descritivo avaliou a realidade sócio-sanitária e de morbimortalidade da população cadastrada ESF do município de Cuiabá – MT, com base nos dados do SIAB, no período de dezembro de 2010, para determinar as prioridades relacionadas à saúde dessa população, subsidiando assim o planejamento de ações.

**Palavras – Chaves:** Epidemiologia, Morbidade, Mortalidade/Mortalidade, Estratégia de Saúde da Família.

### ABSTRACT

There are many approaches and information sources to reach a health diagnosis of a territory. One of the most used information to evaluate the conditions of life and health in the scope of the Health Strategy of Family (HSF) is the System of Information of Basic Attention (SIBA). Then, this exploratory cross-sectional study evaluated the partner-sanitary reality and the morbidity/mortality data population registered in HSF of the Cuiabá city - MT, on the basis of the SIBA data, in the period of December of 2010, to determine the priorities related to the health of this population, being thus subsidized the planning of action.

<sup>1</sup> Especialista em Odontopediatria, pela ABO – Associação Matogrossense de Odontologia/ MT; Especialista em Gerenciamento de Cidades, pela FAAP – Fundação Armando Álvares Penteado; Mestre em Clínicas Odontológicas, pela Faculdade de Odontologia da UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Doutora em Odontologia, pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP – Universidade de Campinas; Coordenadora do Curso de Especialização em Odontopediatria – ABO/MT; Professora do Curso de Odontologia do UNIVAG – Centro Universitário/MT.

<sup>2</sup> Curso de Graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde Coletiva da UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso.

<sup>3</sup> Especialista em Engenharia de Segurança do Trabalho, pela UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso.

Mestre em Saúde e Ambiente, pela UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso.

Professor do Curso de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso.

<sup>4</sup> Especialista em Gestão Farmacêutica para o Sistema Único de Saúde, pela UNEMAT – Universidade do Estado de Mato Grosso.

Mestre em Saúde Coletiva, pela UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

Doutora em Enfermagem, pela UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.

Professora do Curso de Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso.

\* Autor correspondente: Prof. Dra. Gisele Pedroso Moi, Avenida Dom Orlando Chaves, n.º 2.655. Bairro Cristo Rei. 78118-900 – Várzea Grande, MT – Brasil. Tel/Fax: +55-65- 36886082. e-mail: [gisele.moi@univag.com.br](mailto:gisele.moi@univag.com.br)

**Key – Words:** Epidemiology, Morbidity/Mortality, Health Strategy of Family

## INTRODUÇÃO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, vinculado ao processo de descentralização da política de saúde, visando a inovar e reestruturar o modelo assistencial e o processo de trabalho dos profissionais de saúde; estimular a formação de equipes multiprofissionais e a sua adesão a uma população; fortalecer os vínculos de responsabilidade e de confiança entre os profissionais, as famílias e a comunidade (BRASIL, 1997).

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado "Atenção Básica à Saúde" no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema (BRASIL, 2006). Esta discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional.

A ESF realiza as suas ações de acordo com os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA *et al.*, 2006). Tem o compromisso de prestar assistência de qualidade e resolutiva à população adstrita, identificar os agravos e fatores de riscos que a população está exposta e intervir; realizar prevenção, promoção, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

Esta estratégia gera uma quantidade significativa de dados. Para gerenciar as informações obtidas diante da comunidade adstrita crescente, foi criado, em 1998, o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) a fim de consolidar os dados gerados pelas ESF (BRASIL, 2003). O SIAB é um sistema que fornece indicadores populacionais (morbidade, mortalidade e serviços) da área de abrangência de uma ESF. Dessa forma, é possível conhecer não só as condições de saúde da população adstrita, mas também os fatores determinantes do processo saúde-doença. Os dados coletados são de grande valor para realização do

diagnóstico de saúde da população do território de abrangência, subsidiando planejamento e avaliação das ações de saúde (SILVA e LAPREGA, 2005).

Diante do exposto, este trabalho objetiva conhecer a realidade sócio-sanitária e de morbimortalidade da população cadastrada ESF do município de Cuiabá – MT, por meio do diagnóstico de saúde, com base nos dados do SIAB, período de dezembro de 2010, para determinar as prioridades relacionadas à saúde dessa população, subsidiando assim o planejamento de ações.

## **METODOLOGIA**

Este estudo transversal, exploratório e descritivo apresentou como objetivo a elaboração do diagnóstico situacional das famílias cadastradas na estratégia da saúde da família em Cuiabá – MT, no período de dezembro de 2010. O levantamento, sistematização e análise de informações secundárias sobre as características socioeconômicas e demográficas, condições de moradia, dados de saneamento e morbidade referida dessas famílias teve como fonte as informações produzidas pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os dados obtidos foram coletados pelo aplicativo *TabNet 2.7* (DATASUS) e processados pelo *Excel for Windows®* para análise descritiva do diagnóstico situacional das famílias cadastradas na estratégia da saúde da família em Cuiabá – MT, no período de dezembro de 2010.

### *Análise estatística*

Os resultados encontrados foram processados pelo *Excel for Windows®* para análise estatística descritiva. Sendo apresentados mediante distribuição de frequência absoluta e relativa, construção de coeficientes de prevalência das doenças e agravos e expressos através de tabelas e gráficos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A população adstrita e cadastrada pela estratégia de saúde da família em Cuiabá – MT, no período de dezembro de 2010, totaliza 231.225 pessoas (tabela 1), representando 43,60% da população do município de Cuiabá que, segundo o IBGE (2010), possui 530.308 habitantes (IBGE, 2010).

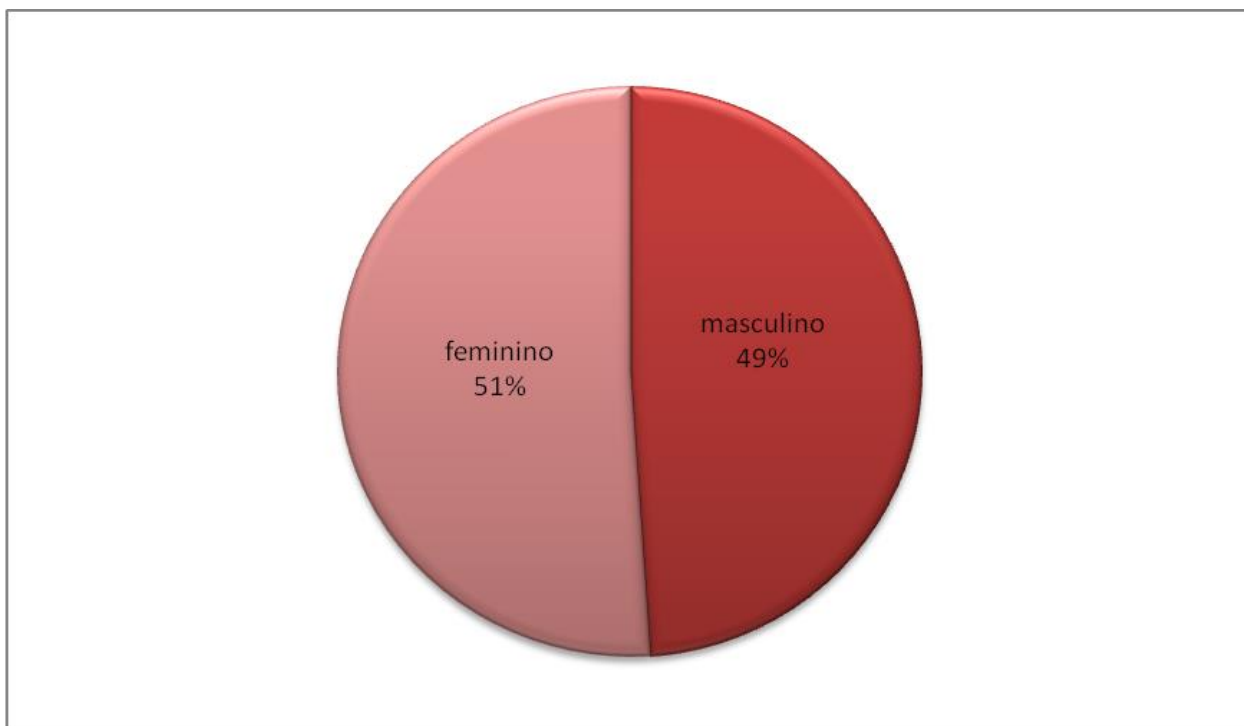
Tabela 1 – Distribuição da população cadastrada no Programa de Saúde da Família segundo faixa etária e sexo. Cuiabá – MT. Dezembro 2010.

Faixa etária	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Freq	%
	Freq.	%	Freq	%		
< 1ano	8,00	0,007	8,00	0,01	16,00	0,01
1 a 4 anos	5378,00	4,754	4997,00	4,23	10375,00	4,49
5 a 6 anos	4309,00	3,809	4153,00	3,52	8462,00	3,66
7 a 9 anos	6806,00	6,016	6433,00	5,45	13239,00	5,73
10 a 14 anos	12640,00	11,173	12226,00	10,35	24866,00	10,75
15 a 19 anos	11676,00	10,321	11996,00	10,16	23672,00	10,24
20 a 39 anos	40465,00	35,770	44296,00	37,51	84761,00	36,66
40 a 49 anos	14381,00	12,712	15535,00	13,15	29916,00	12,94
50 a 59 anos	9071,00	8,018	9705,00	8,22	18776,00	8,12
> 60 anos	8392,00	7,418	8750,00	7,41	17142,00	7,41
<b>Total</b>	<b>113126,00</b>	<b>100,00</b>	<b>118099,00</b>	<b>100,00</b>	<b>231225,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB.

Nesta população (figura 1), a porcentagem do sexo feminino (51%) assemelha-se ao masculino (49%). Evidencia-se o predomínio de adultos de 20-59 anos (57,7%), ligeiramente acima dos parâmetros nacionais nas áreas cobertas por Programas de Agentes Comunitários de Saúde / Programa de Saúde da Família (PACS/PSF) (51,96%) (BRASIL, 2005). A segunda faixa etária de maior percentual é de adolescentes (10-19 anos) com 21%. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2005) esse índice corresponde a 21,22% nas áreas cobertas por PACS/PSF. As crianças (0-9 anos) representando 13,9% da população, média que se afasta ligeiramente da nacional, que é de 17,47% (BRASIL, 2005). A faixa etária com menor representatividade na população da área adstrita é a de 60 anos e mais, que representa 4,41% da população, porcentagem inferior à nacional, que representa 9,34% da população coberta por PACS/PSF (BRASIL, 2005).

Figura 1 – Distribuição da população cadastrada no Programa de Saúde da Família segundo sexo. Cuiabá – MT. Dezembro 2010.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

O índice de alfabetização em maiores de 15 anos é de 95%, observa-se que é compatível com o nacional, que é de 90%<sup>8</sup>. No entanto, é relevante questionar se essa população tem uma capacidade real de entendimento, ou são analfabetos funcionais. Devido a esse dado inconclusivo, seria recomendado que o questionário do SIAB se referisse aos anos de estudo da população. Da população de 7-14 anos, 74% frequenta a escola, índice inferior ao nacional, que a proporção é de 97,6% (IBGE, 2007).

A maioria da população do município de Cuiabá – MT, nas áreas cobertas pela estratégia de saúde da família (ESF), a dependência do SUS é de 94,1% Estes indicadores são maiores que os nacionais, pois, no Brasil, 80,1% (OPAS, 2008) da população tem apenas o SUS como porta de entrada a serviços de saúde.

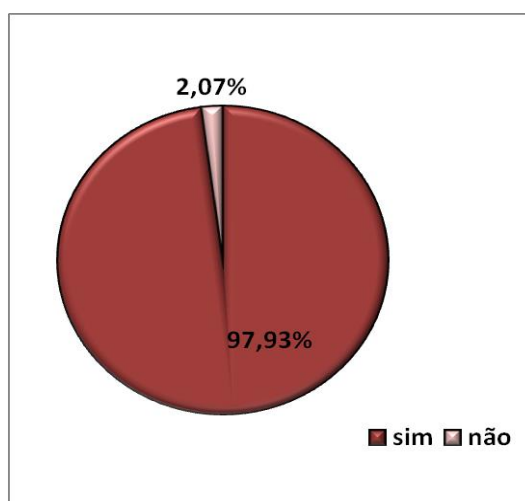
Tabela 2 – Distribuição da população cadastrada no Programa de Saúde da Família segundo índices de alfabetização e cobertura de plano de saúde. Cuiabá – MT. Dezembro 2010.

Variáveis socioeconômicas	Sim		Não		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Crianças não alfabetizadas (0 a 6 anos)	0	0	18853	8,15	18853	100
Crianças na escola (7 a 14 anos)	28358	74	9747	26	38105	100
Adultos alfabetizados (15 anos e mais)	164792	95	9475	5	174267	100
Pessoas com Cobertura de Plano de Saúde	17073	7	214152	93	231225	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB.

Na área de abrangência da equipe, existem 63.268 residências, das quais 97,93% recebem energia elétrica (figura 1); 95,18% têm como tipo de habitação predominante a de tijolo; 87,47% recebem abastecimento de água pela rede pública; 30,74% possuem instalação sanitária ligada à rede de esgoto; 90,15% são atendidos por coleta pública de lixo (tabela 3). Estes parâmetros apresentam níveis menores do que os nacionais (IBGE, 2007). Em relação ao tratamento domiciliar de água (filtração, fervura ou coloração) para o consumo, 23,67% das residências não utilizam nenhum tipo de tratamento (tabela 3).

Figura 2 – Proporção de domicílios cadastrada no Programa de Saúde da Família segundo a distribuição de energia elétrica. Cuiabá – MT. Dezembro 2010.



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB.

Tabela 3 – Distribuição das famílias cadastrada no Programa de Saúde da Família segundo as condições de moradia e saneamento. Cuiabá – MT. Dezembro 2010.

Variáveis de Condições de moradia e saneamento	Freq.	%
<b>Abastecimento de água</b>		
rede geral ou pública	55339	87,47
poço ou nascente	6411	10,13
Outros	1518	2,40
<b>SUB TOTAL</b>	<b>63268</b>	<b>100,00</b>
<b>Tratamento da água no domicílio</b>		
Filtrada	43648	68,99
Fervid	719	1,14
clorada	3928	6,21
sem tratamento	14973	23,67
<b>SUB TOTAL</b>	<b>63268</b>	<b>100,00</b>
<b>Destino dos Resíduos Sólidos (Lixo)</b>		
coletado por serviço, empresa pública ou particular	57038	90,15
queimado ou enterrado	4137	6,54
céu aberto	2093	3,31
<b>Destino dos Resíduos Líquidos (esgoto)</b>		
esgoto rede pública geral	19450	30,74
Fossa	42296	66,85
céu aberto	1522	2,41
<b>SUB TOTAL</b>	<b>63268</b>	<b>100,00</b>
<b>Tipo de casa</b>		
Tijolo	60220	95,18
taipa revestida	258	0,41
taipa não revestida	41	0,06
Madeira	2110	3,34
material aproveitado	301	0,48
outros materiais de construção	338	0,53
<b>SUB TOTAL</b>	<b>63268</b>	<b>100,00</b>
<b>TOTAL DE FAMÍLIAS</b>	<b>63268</b>	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB.

A tabela 4 apresenta a morbidade referida da população cadastrada na estratégia da Saúde da Família segundo faixa etária e sexo, no município de Cuiabá – MT, no período de dezembro de 2010.

Tabela 4 – Distribuição das morbidades que acometem a população cadastrada na Estratégia de Saúde da Família segundo faixa etária e sexo. Cuiabá – MT. Dezembro 2010.

Morbidade referida	Freq.	Prevalência (1.000 pessoas cadastradas no ESF)
<b>Diabetes</b>		
0-14	16,00	0,28
15 e mais	4.054,00	23,26
Total	4.070,00	17,60
<b>Hipertensão arterial</b>		
0-14	14,00	0,25
15 e mais	17.832,00	102,33
Total	17.846,00	77,18
<b>Hanseníase</b>		
0-14	12,00	0,21
15 e mais	307,00	1,76
Total	319,00	1,38
<b>Tuberculose</b>		
0-14	4,00	0,07
15 e mais	71,00	0,41
Total	75,00	0,32
<b>Gestantes</b>		
10-19 anos	170,00	7,02
20 anos e mais	1.446,00	18,47
Total	1.616,00	15,76

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB.

Em relação ao diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, a maior prevalência está na população de 15 anos ou mais, evidenciada na tabela 4. Esses dados permitem inferir que há maior vigilância na população para o diagnóstico destas morbidades, uma vez que o programa HIPERDIA está implantado na área (BRASIL, 2005). O número de portadores de diabetes

*mellitus* no Brasil é cerca de seis milhões, a incidência é crescente, além de apresentar elevada morbimortalidade com diminuição da qualidade de vida. Considerando estes fatores, a prevenção do diabetes e de suas complicações é prioridade na saúde pública. Assim, a prevenção dos fatores de risco pode ser realizada na Atenção Básica através da identificação de pessoas com alto risco para diabetes e de casos não diagnosticados para tratamento, intensificação do controle de pacientes com o diagnóstico para prevenção de complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2006).

No Brasil, há cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, número crescente e com aparecimento em grupos etários mais jovens. A hipertensão arterial é assintomática, na maioria das vezes, o que dificulta o diagnóstico e tratamento, acrescido da baixa adesão ao tratamento por parte do portador. Os fatores de risco devem ser adequadamente abordados e controlados, pois associados aos hábitos e estilo de vida, levam ao aumento contínuo da incidência e prevalência da hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2006).

As patologias epidemiologicamente centenárias, como a hanseníase e tuberculose (tabela 4) foram referidas busca realizada no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Em relação à hanseníase, sua prevalência foi de 1,38 para cada 1.000 pessoas cadastradas na ESF. Entretanto, os resultados não devem excluir ações contínuas de busca ativa por pessoas que apresentem sintomas suspeitos de hanseníase para avaliação, uma vez que se constitui em uma morbidade que está associada ao preconceito e ao estigma que carrega.

A prevalência de portadores de tuberculose cadastrados não é alta (tabela 4). No entanto, esse resultado não deveria interferir nas ações de controle da tuberculose, na busca ativa de sintomáticos respiratórios e realização de exames (OPAS, 2008). Isto porque a tuberculose representa sério problema de saúde no Brasil, pelo grande número de pessoas que atinge. Sendo uma doença fortemente favorecida pela precariedade das condições de vida, uma questão permanentemente discutida é a sua tendência em conjunturas de aguda crise econômica e social. A tuberculose (Anexo I), doença infecciosa tão antiga que quase se confunde com a própria história do homem (HIJJAR *et al.*, 2005). Hoje, considera-se que são responsáveis pelo aumento da endemia tuberculosa no mundo a infecção pelo HIV, o uso de drogas injetáveis, o aumento da pobreza, o aumento do número de desabrigados, a migração, a má nutrição, a urbanização e a perda da qualidade dos programas de controle da tuberculose (NARAIN, RAVIGLIONE e KOCHI, 1992). No mundo, são registrados cerca de 8 milhões

de casos novos de tuberculose por ano (OPAS, 2000). O Brasil concorre com 90 mil casos e o Estado de Mato Grosso notifica cerca de 551 mil casos por ano, o que representa uma taxa de incidência de 27,9/100 mil habitantes (SILVA e LAPREGA, 2005).

A condição de gestação foi referida por 1.616 mulheres, sendo que 7,02 para cada 1.000/mulheres cadastradas na ESF estão na faixa etária de 10-19 anos, conforme mostra a tabela 3. O índice de gravidez na adolescência é elevado, embora exista, na ESF, a atenção à saúde do adolescente, com ações de orientações referentes à prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. O dado permite inferir que as ações têm uma baixa influência no comportamento dos adolescentes.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SIAB representa uma ferramenta importante para a tomada de decisão dos gestores e integrantes do sistema de saúde. Contudo, para que as ações se concretizem, é necessário que os dados sejam consolidados, relacionados, analisados e discutidos no âmbito local e municipal. Dessa forma, o SIAB oferece subsídios para avaliar as atividades desenvolvidas, permite condutas apropriadas e o levantamento de falhas da equipe. Ele é um instrumento orientador do trabalho da equipe e deve ser utilizado para que se atinjam os objetivos propostos e as metas pactuadas.

A realização deste estudo oportunizou, a partir da análise e discussão dos dados, a elaboração do diagnóstico e conhecer a realidade sócio-sanitária e das morbidades da população adstrita e os resultados do trabalho nesta ESF.

Ao se conhecer a realidade sócio-sanitária, verificou-se que, na referida ESF, há ações, programas e determinantes com impacto favorável e desfavorável sobre a mesma. Dentre os desfavoráveis merecem maior atenção da equipe: alto índice de gravidez na adolescência; de portadores de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial cadastrados. Dentre os favoráveis estão o controle da tuberculose e hanseníase, entretanto esse resultado não deveria reduzir as ações de controle da tuberculose, na busca ativa de sintomáticos respiratórios e realização de exames.

Com esse diagnóstico, a equipe ESF poderá se organizar de forma participativa e escolher uma metodologia adequada para planejar ações ajustadas às necessidades da população. Estas, contudo, não podem se configurar como ações isoladas e pontuais e sim serem incorporadas no processo de trabalho, avançando na efetivação dos princípios de

integralidade, longitudinalidade e na consecução das metas propostas para a atenção primária à saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 648 de 28 de março de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB: indicadores 2004*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica - nº 16 - Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

HIJJAR, PROCÓPIO, FREITAS; GUEDES; BETHLEM. *Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro*. Pulmão RJ 2005;14(4):310-314.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2007*. [Citado em: 2008 set. 22] Disponível em:

[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1230&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1230&id_pagina=1).

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *População recenseada e estimada, segundo os municípios - Cuiabá - 2010*. [acessado em 23.06.2011]. Disponível em:

[http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php?uf=51](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=51)

NARAIN, RAVIGLIONE, KOCHI. *HIV Associated tuberculosis in developing countries: Epidemiology and strategies for prevention*. Longman Group UK. Tubercle and Lung Disease, 1992. 73:311-321.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceito e aplicações*. Brasília: OPAS; 2008.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud, Boletín del programa regional de tuberculosis de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS). *Tuberculosis*, 2000. 3:1-7.

**ISSN 1980-7341**

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

SILVA MA, OLIVEIRA AGB, MANDÚ ENT, MARCON SR. *Enfermeiro & grupos em PSF: possibilidade para participação social*. Cogitare Enferm. 2006; 11(2):143-149.

SILVA AS, LAPREGA MR. *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., 2005; 21(6): 1821-1828.