

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE
(Modalidade a Distância)**

CAMILA CARNEVALLI

**GRAU DE CONCORDÂNCIA ENTRE OS DADOS
PRESENTES NO SIAB E AS RESPECTIVAS PLANILHAS DE
PRODUÇÃO – NOVA ARAÇÁ, 2013/2014.**

Porto Alegre

2015

CAMILA CARNEVALLI

**GRAU DE CONCORDÂNCIA ENTRE OS DADOS
PRESENTES NO SIAB E AS RESPECTIVAS PLANILHAS DE
PRODUÇÃO – NOVA ARAÇÁ, 2013/2014.**

Trabalho de conclusão apresentado como requisito parcial ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP) – Escola de Administração /UFRGS - Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Tutor de orientação a distância: Maria Luiza De Barba

Porto Alegre

2015

RESUMO

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é um instrumento de planejamento e orientação para a gestão das equipes de saúde da família, constituindo uma ferramenta de monitoramento e avaliação da Atenção Básica (AB) à saúde. Objetivo: Identificar o grau de concordância entre os dados presentes no SIAB e as respectivas planilhas de produção – Nova Araçá, 2013/2014. Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, com base em dados secundários coletados a partir do banco de dados do SIAB em 2013 e 2014 no município de Nova Araçá. Resultados: Há discrepância nos dados referentes ao número de crianças de 0 a 12 anos incompletos, número de nascidos vivos e puericultura. Dentre as patologias, é possível verificar irregularidades na alimentação de dados referentes aos portadores de Diabetes mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HA), tuberculose, alcoolismo e distúrbio mental. Além disso, gestantes cadastradas e acompanhadas, total de famílias e visitas domiciliares (VD), número e tipo de consulta médica e prevenção de câncer uterino com coleta de exame citopatológico (CP). Conclusão: Tornaram-se evidentes as disparidades na alimentação dos dados inseridos no SIAB e com isso o prejuízo no diagnóstico da situação de saúde do município e o desenvolvimento de ações para a população.

Palavras-chave: Administração e Planejamento em Saúde. Gestão em Saúde. Sistemas de Informação em Saúde.

ABSTRACT

The Primary Care Information System (SIAB) is a planning tool and guidance for the management of family health teams, providing a monitoring tool and evaluation of primary care (AB) to health. Objective: To identify the degree of agreement between the data present in the SIAB and their production spreadsheets - Nova Araçá, 2013/2014. Methods: This is a descriptive study based on secondary data collected from the SIAB database in 2013 and 2014 in Nova Araçá. Results: There is discrepancy in data on the number of children 0-12 years of age, number of live births and childcare. Among the diseases, you can check irregularities in the supply of data on the Diabetes mellitus (DM), arterial hypertension (AH), tuberculosis, alcoholism and mental disorder. In addition, registered and accompanied by pregnant women, full of families and home visits (RV), number and type of medical consultation and prevention of cancer with cytological exam of the cervix (CP). Conclusion: They became apparent disparities in power data entered into SIAB and that the injury in the diagnosis of municipal health situation and the development of actions for the population.

Keywords: Administration and Planning in Health. Health Management. Health Information Systems

SUMÁRIO

RESUMO	3
ABSTRACT	4
1 INTRODUÇÃO.....	6
1.1 Atenção Básica.....	6
1.2 SIAB.....	7
1.3 Gerenciamento de Indicadores no SIAB.....	8
1.4 Nova Araçá.....	8
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivos Específicos.....	10
3 MÉTODO.....	11
4 RESULTADOS.....	12
4.1 Diabetes mellitus.....	14
4.2 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	14
4.3 Tuberculose.....	16
4.4 Distúrbio Mental.....	16
4.5 Pré- Natal e Puerpério.....	17
4.6 Visita Domiciliar.....	18
4.7 Consultas Médicas.....	19
4.8 Detecção Precoce do Câncer do Colo de Útero.....	20
4.9 Saneamento Básico.....	20
5 CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi criado em 1998, como instrumento de planejamento e orientação para a gestão das Equipes de Saúde da Família, constituindo uma das principais ferramentas de monitoramento e avaliação da Atenção Básica à Saúde. Os dados coletados e inseridos no sistema têm por finalidade o diagnóstico local em saúde e o planejamento de ações que visem à disposição de acordo com necessidades de saúde da população daquele território de abrangência em específico. (LIMA, 2014)

O SIAB descreve a realidade demográfica, socioeconômica, identifica a situação de adoecimento, morte da população adscrita e fatores determinantes do processo saúde-doença na Atenção Básica. Porém, para obter os dados que expressem a real condição do território é necessário um gerenciamento apropriado contando com uma análise minuciosa, gerando e identificando os dados para tomada de decisões e transformação situacional de saúde, bem como as irregularidades existentes em suas atualizações. (LIMA, 2014)

Para que as ações possam se concretizar, é necessário que os dados sejam atualizados de forma constante e correta pelas equipes de saúde, além de relacionar, analisar e discuti-los como forma de planejamento, observando o campo local e municipal, para que assim o trabalho da equipe possa ser orientado e atinja os objetivos propostos e as reais necessidades da população.

Deste modo, pretendeu-se identificar as irregularidades na alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de que forma elas podem ocultar a real situação de saúde do município e o desenvolvimento de ações para a população.

O estudo teve como estratégia um recorte da base de dados produzida a partir de sua digitação no SIAB, no período de 12 meses, no município de Nova Araçá/RS, identificando as irregularidades na alimentação desses dados no Sistema.

1.1 Atenção Básica

A Atenção Primária à Saúde tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) o eixo que reorienta o modelo assistencial brasileiro, que da cobertura às necessidades de saúde da população por meio de equipes de saúde, buscando melhorar os indicadores e assim a qualidade de vida. A melhoria da qualidade de saúde está direcionada a reorganização das

ações organizadas a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de saúde. (SES, 2011)

Os níveis de saúde/doença da população podem ser identificados por meio do monitoramento e avaliação dos indicadores de saúde, sendo disponíveis através de sistemas de informações, permitindo a intervenção precoce de agravos. (SES, 2011)

O monitoramento das ações e os resultados das atividades desenvolvidas pelas equipes de ESF são acompanhados pelo SIAB, que gerencia os sistemas locais de saúde. (SES, 2011)

O SIAB é um sistema de informação territorializado, onde os dados são alimentados por profissionais das equipes de saúde, coletados em âmbito domiciliar e em unidades de saúde, permitindo a constituição de indicadores de saúde. O sistema permite o monitoramento, avaliação e pesquisa, porém, essa potencialidade é pouco explorada por falta de uma análise sequencial e correta digitação dos dados. A necessidade de uma ampla discussão junto às equipes de Atenção Primária (AP) dos municípios para correção de informações inconsistentes e planejamento de ações que garantam a qualidade da atuação das mesmas, buscando a melhoria dos indicadores de saúde é essencial. (SES, 2011)

1.2 SIAB

O Sistema de Informação da Atenção Básica teve sua implantação no ano de 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS) para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF). (DATASUS, 2014)

O SIAB foi desenvolvido como utensílio gerencial dos sistemas locais de saúde, incorporando conceitos de território, problema e responsabilidade sanitária. Esses conceitos possibilitam a partir de níveis menos agregados para mais agregados a análise da micro-especialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções, utilização mais ágil e oportuna da informação, produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas e consolidação progressiva da informação. (DATASUS, 2014)

Através dele obtêm-se dados sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. (DATASUS, 2014)

O SIAB é um sistema de informação territorializado, cujos dados são coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e consolidados por profissionais da equipe de saúde da ESF.

Os principais instrumentos de coleta do SIAB são:

- Ficha de cadastro das famílias e levantamento de dados socio sanitários, preenchidos pelo ACS no momento do cadastramento das famílias com atualização constante.
- Fichas de acompanhamento de grupos de risco e de problemas de saúde prioritários.
- Fichas de registro de atividades, procedimentos e notificações produzidas de forma mensal por todos os profissionais de saúde. (BITTAR, 2009)

1.3 Gerenciamento de Indicadores no SIAB

O SIAB produz relatórios que servem como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde, descrevendo a realidade demográfica, socioeconômica e sinalizando a situação de adoecimento, morte da população adscrita e fatores determinantes do processo saúde/doença. Esses dados servem de subsídios para realizar estratégias de mudança dos indicadores locais, porém para que as ações se concretizem é necessário que os dados sejam debatidos, orientando assim o trabalho da equipe. (LIMA, 2014)

Um planejamento bem desenvolvido deve partir do conhecimento da situação, analisando os índices gerados pelos sistemas e realizando o diagnóstico de saúde para que se possam planejar as ações da equipe. O SIAB possibilita realizar essa análise de forma esmiuçada, fornecendo os dados para tomada de decisões e transformação situacional de saúde. (LIMA, 2014)

1.4 Nova Araçá

Nova Araçá é um município localizado na região nordeste do Rio-Grandense, instalado em 1964, com uma área de 74,7 km² e densidade demográfica de 53,59hab/ km² e índice de desenvolvimento humano, entre 0,7 e 0,799 e população estimada de 4.339 pessoas para 2014. (IBGE, 2010)

O município conta com um estabelecimento de saúde SUS (Sistema Único de Saúde). A renda per capita em 2010 era de R\$ 1.134,76, com 81,8% da população economicamente ativa e quase a totalidade das residências possuindo água encanada, energia

elétrica e coleta de lixo. (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2013)

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar o grau de concordância entre os dados presentes no SIAB e as respectivas planilhas de produção – Nova Araçá, 2013/2014.

2.2 Objetivos Específicos

a) Identificar as irregularidades dos dados contidos no SIAB através da alimentação por parte da equipe, das fichas de cadastramento das famílias e acompanhamento domiciliar, bem como relatórios de Série Histórica da Saúde e da Produção corroborando com o Consolidado das Famílias e de Saúde.

3 MÉTODO

Realizou-se um estudo descritivo, com base em dados secundários contando como território analisado o Município de Nova Araçá/RS. Os dados foram coletados através de relatórios do SIAB, alimentados mensalmente na Unidade de Saúde segundo os atendimentos gerados pelos profissionais, bem como através do Consolidado das Famílias cadastradas na zona geral, no período de agosto de 2013 a julho de 2014.

Foram comparados os dados do Consolidado das Famílias cadastradas na zona geral presentes no sistema com as planilhas a serem digitadas pela equipe de saúde através da série histórica das informações de saúde e série histórica da produção da zona geral, identificando assim eventuais irregularidades e falta de atualizações.

O relatório do SIAB é composto por um Consolidado das Famílias cadastradas no ano que contém: sexo, faixa etária, famílias cadastradas e estimadas, tratamento de água no domicílio, abastecimento de água, tipo de casa, destino do lixo, disponibilidade de energia elétrica e destino de fezes/urina. Além de uma Série Histórica das Informações de Saúde da zona geral que possui: número de nascidos vivos, óbitos, crianças e hospitalizações, e gestantes, diabéticos, hipertensos, pessoas com tuberculose e hanseníase cadastrados e acompanhados. Bem como uma Série Histórica da Produção da zona geral que abrange: consultas médicas em residentes e pessoas fora da área de abrangência, tipo de atendimento, exames complementares, encaminhamentos, internação domiciliar, procedimentos, visitas domiciliares, tipos de consulta médica, atendimento médico/enfermeiro, atendimento cirurgião - dentista, encaminhamento e marcador de saúde bucal.

Foram comparados dados do Consolidado das Famílias com informações disponibilizadas na Série Histórica de Saúde e de Produção que são alimentados pela equipe.

O objetivo deste estudo foi realizar um recorte de dados do SIAB, identificando as irregularidades em sua alimentação. Os dados foram sistematizados em forma de tabela, com o que o sistema considera real, o Consolidado das Famílias, e com os dados que são fornecidos através da sua digitação.

Por se concentrar no manejo de dados secundários, não houve necessidade de encaminhamento a Comitê de Ética em Pesquisa.

4 RESULTADOS

Depois de realizado o recorte de dados do SIAB no período de agosto de 2013 a julho de 2014, no município de Nova Araçá, a proposta foi identificar as irregularidades na sua alimentação (quadro 1).

Ao observar o número de nascidos vivos e crianças até 1 ano incompleto, a diferença entre o número real e o alimentado no sistema é de 18 crianças para menores de 12 anos, representando 35,3% para mais. Já ao avaliar os nascimentos do ano, encontra-se uma diferença de 15 nascimentos, ou seja, 31,2% também para mais.

O calendário vacinal, as ações de monitoramento e campanhas de seguimento nesta faixa etária são constantes e muitas vezes requerem uma busca ativa das crianças. Com a má alimentação e falta de atualização dos dados, o conhecimento de quantas crianças residem no município e de forma efetiva possuem o calendário vacinal atualizado é prejudicada.

Quadro 1: Grau de concordância entre os dados presentes no SIAB

Período de 12 meses (agosto/2013 a julho/2014)	Consolidado das Famílias Cadastradas	Série Histórica das Informações de Saúde	Série Histórica da Produção
Nº de crianças de 0 a 11 meses e 29 dias	33	51	-
Pessoas com Diabetes mellitus (DM)	Cadastradas: 90 Acompanhadas: Não fornece	Cadastradas: 131 Acompanhadas: 107 Hospitalizadas por complicações do DM: 22	135 atendimentos
Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica	Cadastradas: 469 Acompanhadas: Não fornece	Cadastradas: 628 Acompanhadas: 508	476 atendimentos
Pessoas com Tuberculose	Cadastradas: 1 Acompanhadas: Não fornece	Cadastradas: 0 Acompanhadas: 0	-
Pessoas com Hanseníase	Cadastradas: 0 Acompanhadas: Não fornece	Cadastradas: 0 Acompanhadas: 0	-
Pessoas com Alcoolismo	Cadastradas: 9 Acompanhadas: Não fornece	Hospitalizações por abuso de álcool: 4	-
Pessoas com Distúrbio Mental	Cadastradas: 0 Acompanhadas: Não fornece	Hospitalizações em Hospital Psiquiátrico: 7	-
Nº de nascidos vivos	Menores de um ano: 33	48	-
Nº de gestantes	Maiores de 20 anos cadastradas: 38 Menores de 20 anos cadastradas: 2 Acompanhadas: Não fornece	Maiores de 20 anos cadastradas: 28 Menores de 20 anos cadastradas: 2 Acompanhadas: 27	42 atendimentos Preconizado pelo MS: no mínimo 6 consultas/gestante
Total de famílias	Cadastradas: 1.541	Acompanhadas: 1.515	-
Nº de visitas domiciliares (VD) realizadas	Segundo a Portaria 648/2006: Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade.	1.229 Média/família: 0,81	-
Nº de consultas médicas	-	-	Fora da área de abrangência: 143 Total geral de consultas: 2.261 Média: 0,48/hab.
Puericultura	-	48 nascidos vivos	4 atendimentos
Prevenção de câncer (CA) uterino com coleta de citopatológico (CP)	População feminina maior de 15 anos: 2.052	-	29 atendimentos
Internação Hospitalar	-	332 internações	25 internações
Tipo de consulta médica	-	2.261 consultas	Agendadas: 0 Imediatas: 988
93,91% das crianças de 7 a 14 anos frequentam a escola.			
93,12% dos domicílios não fazem tratamento para água.			
86,18% dos domicílios recebem abastecimento de água por rede pública, os demais por poço ou nascente.			
83,39% dos domicílios têm coleta pública de lixo, 16,55% o lixo é queimado/enterrado e 0,06% o lixo fica em céu aberto.			
1,10% dos domicílios têm seu destino de fezes/urina por sistema de esgoto, 98,64% por fossa e 0,26% a céu aberto.			
99,68% dos domicílios têm energia elétrica.			

Fonte:

SIAB, Agosto de 2013 a julho de 2014, Nova Araçá.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acessado em 10 de novembro de 2014.TREVISAN, Maria do Rosário; DE LORENZI, Dino Roberto Soares; ARAUJO, Natacha Machado de and ESBER, Khaddour. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuários do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev. Bras. Ginecol. Obstet.[online]. 2002, vol.24, n.5, pp. 293-299. ISSN 0100-7203. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032002000500002&script=sci_arttext. Acessado em 11 de novembro de 2014.

4.1 Diabetes mellitus

O Diabetes mellitus (DM) é hoje um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença, porém em 2025 a estimativa é que este número chegue a 380 milhões. O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes: são 13,7 milhões de pessoas, e muitas ainda nem foram diagnosticadas. (NOVARTIS, 2014)

O diabetes é uma doença de base genética e hereditária. Se há histórico na família entre parentes de primeiro grau, há possibilidades maiores de desenvolver a doença. É considerado uma síndrome do metabolismo que resulta no acúmulo de glicose. Pacientes com diabetes apresentam deficiência na função da insulina, o hormônio responsável por metabolizar a glicose, ou mesmo apresentam falta de insulina no organismo. (NOVARTIS, 2014) Com a deficiência de insulina, o organismo não absorve a glicose e as taxas de açúcar no sangue aumentam de forma permanente, o que se caracteriza como hiperglicemia e dá origem ao diabetes. (NOVARTIS, 2014)

Segundo a Série Histórica das Informações de Saúde foram encontrados no município de Nova Araçá 131 portadores de Diabetes mellitus, no entanto o valor cadastrado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em visitas domiciliares é 90, havendo uma diferença para menos de 41 (32%) pessoas. Estes 90 portadores de Diabetes mellitus, segundo o SIAB, geraram um total de 135 atendimentos, ou seja, 1,5/consulta/ano/diabético.

Com a diferença de 41 pessoas com diagnóstico de DM, o número de hospitalizações relacionadas a este diagnóstico não condiz com o real. Se este número fosse verdadeiro, ter-se-ia aproximadamente 25% dos diabéticos com internação hospitalar o que teria indicado que a prevenção e o tratamento não foram realizados de forma efetiva pela atenção primária, daí mais uma vez a importância da correta alimentação dos dados dos sistemas de saúde. Ao realizar a análise do número de internação hospitalar, também se depara com um dado inconsistente, pois foram identificadas pelos ACS em visitas domiciliares 332 internações e o sistema têm em registro apenas 25, acarretando uma diferença a mais de 307 (92,5%) internações.

4.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública. É considerado um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças

cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por aproximadamente 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. A prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9% em conformidade com o critério atual de diagnóstico de Hipertensão Arterial (PA 140/90 mmHg). Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maior acesso a medicamentos. Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da Hipertensão Arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso de como fazê-lo seguir o tratamento. (MS, 2006)

Segundo a Série Histórica das Informações de Saúde foram identificados 628 hipertensos cadastrados (13,4% da população total do município), 508 em acompanhamento, havendo, portanto 120 (19%) hipertensos sem acompanhamento. No Consolidado das Famílias Cadastradas, o número se reduz a 469, representando uma diferença para menos de 25,3%.

Além disso, foram registrados 476 atendimentos voltados à população hipertensa ($n = 628$ portadores da patologia), ou 0,76 cons/ano/hipertenso. Considerando que pacientes com dificuldade na aderência ao tratamento, difícil controle e com lesões em órgãos-alvos devem ser encaminhados pela equipe de saúde a consultas mensais; pacientes que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou comorbidades devem ser encaminhados para consultas médicas trimestrais e por fim, pacientes controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem comorbidades, devem ser encaminhados a consultas médicas semestrais (MS, 2006), a adesão ao tratamento se mostrou deficitária.

A HA é uma das doenças de maior prevalência na população, tendo um grande índice na população idosa. O relatório do SIAB corrobora com esta informação, visto que, em comparação com as outras patologias esta é a mais prevalente, no entanto a falta de atualização dos dados faz com que o município não identifique 120 pessoas (19%) com esta patologia.

4.3 Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, curável, transmissível, que afeta principalmente os pulmões. No Brasil a cada novo ano são notificados em torno de 70 mil novos casos, com 4,6 mil mortes em decorrência a esta patologia. (MS, 2005)

Para a eliminação da tuberculose como problema saúde pública é necessário buscar permanentes estratégias, mas para tanto é fundamental haver a notificação municipal dos casos. A cura da TB se dá após seis meses de tratamento sem abandono e durante este período o portador deve permanecer em acompanhamento pela equipe de saúde, bem como ser mantido no relatório de saúde do município.

Ao observar o cadastro dos portadores de TB, não se encontra na Série Histórica das Informações de Saúde nenhum registro, no entanto no Consolidado sim, o que evidencia que não houve o cadastro no SIAB do portador de TB e sim somente no relatório mensal de visita domiciliar (VD), não podendo identificar desta forma nenhum acompanhamento desta patologia no município. A busca ativa deste portador de TB, o que muitas vezes se faz necessário, se torna prejudicada, desta forma, bem como a manutenção pelo tempo adequado do portador no sistema de indicadores de saúde, alterando assim a condição epidemiológica do município.

A inexistência do registro deste portador de TB pode ter ocorrido pelo fato de o mesmo já ter encerrado o tratamento e a inexistência da atualização deste dado no sistema, com o mesmo sendo mantido no Consolidado das Famílias Cadastradas.

4.4 Distúrbio Mental

Transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam a atuação da pessoa na vida familiar, social, pessoal, no trabalho, nos estudos, na concepção de si e dos outros, na tolerância as dificuldades e na probabilidade de ter prazer na vida em geral. Podem afetar qualquer pessoa em qualquer período da sua vida, podendo causar sofrimento e incapacidade. (MAIA PRIME, 2015)

No indicador distúrbio mental não há nenhuma pessoa portadora do distúrbio cadastrada e em acompanhamento, no entanto no decorrer do período em estudo houve 07 hospitalizações em hospital psiquiátrico.

A gestão desses dados se mostra ineficaz, visto que as internações deveriam estar intimamente ligadas ao cadastro e acompanhamento destas pessoas.

4.5 Pré- Natal e Puerpério

A qualidade e a humanização na atenção pré-natal e puerperal são fundamentais para a saúde materna e neonatal. O cuidado à mulher na gravidez e no pós-parto deve abranger ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento apropriados das necessidades que ocorrem neste período. (MS, 2005)

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, garantindo, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável, além de garantir o bem-estar materno e neonatal. A atenção pré-natal e puerperal deve se dar através da inclusão de comportamentos acolhedores e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde, com ações que abranjam todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido. (MS, 2005)

O pré-natal deve assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando também aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (MS, 2012)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado de consultas é igual ou superior a 6 (seis) durante toda a gestação que devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo, não existindo alta do pré-natal.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária. (MS, 2012)

Neste contexto, as equipes de Atenção Básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde. (MS, 2012)

O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica é essencial, devendo visar a qualidade e a humanização do atendimento, bem como visitas constantes para atualização dos dados.

No município de Nova Araçá se encontra mais gestantes registradas (40) que identificadas (30) ou em real acompanhamento (27), o que de fato confunde a análise dos dados e desenvolvimento de ações voltadas a esse público, tais como: grupo de gestantes, puérperas entre outros.

Além disso, ao se valer dos dados apresentados pelo relatório como fido e dignos, não ocorre o seguimento nos atendimentos de forma preconizada pela OMS, já que das 40 gestantes cadastradas, houve segundo o relatório do SIAB apenas 42 atendimentos, número muito aquém do preconizado de igual ou superior a seis consultas médicas durante o período gestacional.

Outro aspecto a ser levado em consideração é que segundo o relatório houve somente 4 atendimentos de puericultura (8,3%) para os 48 nascidos vivos no período do estudo, o que mais uma vez evidencia a incorreta alimentação dos dados do sistema ou a precária atenção voltada a esta população em saúde primária.

4.6 Visita Domiciliar

A visita domiciliar (VD) constitui uma ferramenta de atenção à saúde que permite, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família *in loco*, fortalecer os vínculos do paciente com os profissionais, bem como agir na promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. A VD possibilita a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família. (CUNHA & GAMA, 2012)

Para a ESF, a VD promove a interação no cuidado à saúde do indivíduo e família, promovendo o conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade, além de estabelecer o rompimento do modelo centrado na doença, voltando-se a uma proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar. (CUNHA & GAMA, 2012)

Ao considerar a Portaria 648/2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão das diretrizes e normas para organização da Atenção Básica (AB) para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), é de responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe, o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e de agravos, e de vigilância à saúde. A equipe deve atuar no território, realizando cadastramento domiciliar,

diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde da comunidade, buscando o cuidado das famílias ao longo do tempo. (MS, 2006)

Segundo o relatório do SIAB tem-se como número de famílias acompanhadas 1.515, de um total de 1.541 famílias, enquanto isso uma média de 0,81 VD realizadas por família, totalizando apenas 1.229.

Ao se valer do número de VD realizadas, a cobertura populacional que fica estimada em 98% cai para 79,7% o que desfetiva a integralidade das ações a toda população, diminuindo a relação de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adscrita, além de não haver a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, prejudicando o acompanhamento sistemático da assistência.

4.7 Consultas Médicas

O Pacto dos Indicadores da Atenção Básica constitui instrumento nacional de monitoramento das ações de saúde, constituindo uma base para negociação de metas, com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da Atenção Básica e situação de saúde da população. (MS, PORTARIA 493/2006)

Dentre os indicadores de acompanhamento informados pelo Ministério da Saúde (MS) na Portaria 648/2006, encontra-se uma média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas. Ao analisar o relatório do SIAB, a média é de 0,48 consultas/habitante, sendo que ao analisar o tipo de consulta médica esse número cai para 0,21, ou seja, a alimentação do sistema de alguma forma se fez deficitária, já que esses dois dados deveriam ter sido alimentados de forma igual. Ao utilizar o índice de 0,21 consultas/habitante, têm-se apenas 988 pessoas em acompanhamento pela Unidade de Saúde, dentre elas os pertencentes de grupos de risco e fatores de risco comportamental, alimentares e/ou ambientais que deveriam ter foco na prevenção do aparecimento ou na manutenção de doenças e danos evitáveis, além da população geral.

Dentre os indicadores do Pacto da Atenção Básica para o município segundo o número de habitantes encontra-se a média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas, o que reflete a capacidade da rede básica em prestar assistência individual. (MS, PORTARIA 493/2006)

4.8 Detecção Precoce do Câncer do Colo de Útero

O colo do útero é revestido, de forma ordenada, por várias camadas de células epiteliais pavimentosas, que ao sofrerem transformações intra-epiteliais progressivas, podem evoluir para uma lesão cancerosa invasiva em um período de 10 a 20 anos. (MS, 2002)

Esta evolução, na maioria dos casos é lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis. (MS, 2002)

O acesso à rede de serviços para detecção e tratamento precoce da doença por meio do exame citopatológico é de suma importância permitindo a detecção das lesões precursoras e a doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas.

As estratégias para a detecção precoce do câncer incluem o rastreamento que pode ser populacional, quando há iniciativas de busca da população-alvo, ou oportunístico, quando as pessoas procuram espontaneamente os serviços e o diagnóstico precoce, que inclui ações de detecção de lesões em fases iniciais a partir de sintomas e/ou sinais clínicos. (INCA, 2015)

Ao analisar o relatório do SIAB observa-se que a população feminina a cima de 15 anos corresponde a 2.052 e que destas apenas 29 (1,4%) realizaram coleta de exame citopatológico no ano.

Ao se valer deste indicador a detecção precoce do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras através de ações estruturais que garantam o tratamento adequado e monitoramento da qualidade do atendimento à mulher se mostra deficitária ou há a possibilidade de má alimentação do sistema estar mascarando o real índice de acompanhamento da população feminina.

4.9 Saneamento Básico

O saneamento básico é um conjunto de procedimentos que visa proporcionar a população uma situação higiênica saudável, envolvendo o tratamento de água, canalização e tratamento de esgotos, além da coleta e tratamento de resíduos orgânicos e materiais. Através dessas medidas de saneamento básico é possível garantir melhores condições de saúde a população, evitando a contaminação e proliferação de doenças. (JUNIOR & CASTRO, 2015)

O saneamento envolve o controle de todos os fatores do meio físico, que exercem ou podem exercer efeitos nocivos sobre o bem estar físico, mental e social da população. As carências na coleta e a acomodação imprópria do lixo constituem um sério problema ambiental e de saúde pública. (BOVOLATO, 2015)

Ao avaliar os domicílios, segundo o relatório do SIAB, 93,12% deles não possuem tratamento de água, em aproximadamente 14% o abastecimento de água se dá por poço/nascente ou outra forma, 16,55% do destino do lixo é queimado/enterrado e 0,06% permanecem a céu aberto, 0,26% dos domicílios têm o destino de fezes/urina a céu aberto e 0,32% não apresentam energia elétrica.

5 CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento do estudo pôde-se concluir que não há concordância entre os dados, sendo identificadas inúmeras irregularidades referentes às suas alimentações.

Há discrepância nos dados referentes ao número de crianças de 0 a 12 anos incompletos, número de nascidos vivos e puericultura. Dentre as patologias, puderam-se observar irregularidades na alimentação de dados referentes aos portadores de Diabetes mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HA), tuberculose, alcoolismo e distúrbio mental. Além disso, no número de gestantes cadastradas e acompanhadas, total de famílias e número de visitas domiciliares (VD) realizadas, número e tipo de consulta médica e prevenção de câncer (CA) uterino com coleta de citopatológico (CP).

Referindo-se ao domicílio na questão de saneamento básico o tratamento e abastecimento de água, coleta de lixo e destino de fezes/urina se mostra deficitário.

Tornaram-se evidentes as irregularidades na alimentação dos dados inseridos no SIAB e com isso o prejuízo no diagnóstico da situação de saúde do município e o desenvolvimento de ações para a população.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL. **Nova Araçá**. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/nova-araca_rs#caracterizacao. Acessado em 07 de novembro de 2014.

BITTAR, Telmo Oliveira, et al. **O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde**. 2009. Disponível em: http://www.institutoconscienciago.com.br/pdf/saude/sistema_informacao.pdf. Acessado em 01 de outubro de 2014.

BOVOLATO, LUÍS EDUARDO. **Saneamento básico e saúde**. Disponível em: <http://www.uft.edu.br/revistaescritas/sistema/uploads/saneamento-bacc81sico-e-saucc81de.pdf>. Acessado em 27 de maio de 2015.

CUNHA & GAMA. **A Visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde**. 2012. Disponível em: http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf. Acessado em 27 de maio de 2015.

DATASUS. **SIAB, Sistema de Informação Básica**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>. Acessado em 01 de outubro de 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio Grande do Sul – Nova Araçá. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/2d7a>. Acessado em 07 de novembro de 2014.

INCA. **Deteção precoce do câncer**. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_deteccao.pdf. Acessado em 27 de maio de 2015.

JUNIOR, Galvão; CASTRO, de Alceu. **Saneamento Básico**. Editora Manole, 2015. Disponível em http://www.suapesquisa.com/o_que_e/saneamento_basico.htm. Acessado em 06 de março de 2015.

LIMA, Alice Bianca Santana, et al. **A Importância do SIAB e seus indicadores na Atenção Básica**. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/secaoma/anaisben/sessao_poster/08.pdf. Acessado em 23 de setembro de 2014.

MAIA PRIME. **O que é transtorno mental?** Disponível em: <http://www.maiaprime.com.br/o-que-e-transtorno-mental/>. Acessado em 27 de maio de 2015.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acessado em 10 de novembro de 2014.

_____, **Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada.** 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf. Acessado em 27 de maio de 2015.

_____, **SISAP IDOSO. Internações de idosos por diabetes mellitus consideradas evitáveis.** 2011. Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/index.php?p=1&pag=ficha&cod=E11>. Acessado em 01 de março de 2015.

_____, **Caderno de Atenção Básica, Hipertensão Arterial Sistêmica.** 2006. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf. Acessado em 01 de março de 2015.

_____, **Tuberculose.** 2005. Disponível em: <http://www.portalsaude.gov.br>. Acessado em 01 de março de 2015.

_____, **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.** Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acessado em 05 de março de 2015.

_____, **Portaria nº493/GM de 10 de março de 2006.** Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=49>. Acessado em 05 de março de 2015.

_____, **Manual Técnico Prevenção do Câncer do Colo do Útero,** 2002. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf. Acessado em 06 de março de 2015.


_____, **Cadernos de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco.** 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acessado em: 01 de março de 2015.

NOVARTIS. **Entenda o diabetes.** Disponível em: <http://www.portal.novartis.com.br/diabetes-mellitus>. Acessado em 01 de março de 2015.


SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE (SES). **Análise dos Indicadores da Atenção Primária.** 2011. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/2877. Acessado em 01 de outubro de 2014.

TREVISAN, Maria do Rosário; DE LORENZI, Dino Roberto Soares; ARAUJO, Natacha Machado de and ESBER, Khaddour. **Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2002, vol.24, n.5, pp. 293-299. ISSN 0100-7203. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032002000500002&script=sci_arttext. Acessado em 11 de novembro de 2014.

Dados gerais Formação Atuação +


Camila Carnevalli
 Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/54149059207685190>
 Última atualização do currículo em 14/05/2015

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Caxias do Sul(2008), especialização em Saúde da Família pelo Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre(2012), aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa pelo Fundação Oswaldo Cruz(2012) e aperfeiçoamento em Capacitação de Extensão em Doenças Crônicas Não Tr pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul(2013). Atualmente é Enfermeiro do Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Tem experiência na área de Enfermagem. (Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

Identificação
Nome Camila Carnevalli 
Nome em citações bibliográficas CARNEVALLI, C.

Endereço
Formação acadêmica/titulação

- | | |
|--------------------|--|
| 2013 | Especialização em andamento em Gestão em Saúde.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil.
Título: .. |
| 2011 - 2012 | Especialização em Saúde da Família.
Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, UFCSPA, Brasil.
Título: .. |
| 2013 - 2013 | Aperfeiçoamento em Capacitação de Extensão em Doenças Crônicas Não Tr.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Brasil.
Título: .. Ano de finalização: 2013. |
| 2012 - 2012 | Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.
Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.
Título: .. Ano de finalização: 2012. |
| 2004 - 2008 | Graduação em Enfermagem.
Universidade de Caxias do Sul, UCS, Brasil.
Título: Envelhecimento, saúde e doença: análise de características de risco em um grupo de idosos socialmente ativos da cidade de Veranópolis - RS. |

Atuação Profissional
Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico, FAADCT/ PR, Brasil.
Vínculo institucional
2014 - Atual Vínculo: Empregado, Enquadramento Funcional: Enfermeiro

Fundação de Apoio à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, FAURGS, Brasil.
Vínculo institucional
2014 - 2014 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Monitora de Campo, Carga horária: 40

Hospital Tacchini, Tacchini, Brasil.
Vínculo institucional
2014 - 2014 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Enfermeira Assistencial UTI adulta, Carga horária: 44

Prefeitura Municipal de Veranópolis, PMV, Brasil.
Vínculo institucional
2009 - 2013 Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Enfermeira ESF, Carga horária: 40

Projeto Veranópolis: Prevenção de Saúde, PV, Brasil.
Vínculo institucional
2008 - 2010 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Enfermeira

Áreas de atuação

- Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem.