

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ENOQUE ALVES DE SIQUEIRA**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB)**  
**INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO**

**BARBACENA/MG**

**2010**

**ENOQUE ALVES DE SIQUEIRA**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB)**

**INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Horácio Pereira de Faria

**BARBACENA/MG**

**2010**

**ENOQUE ALVES DE SIQUEIRA**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB)**

**INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Horácio Pereira de Faria

Banca Examinadora

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

À Comunidade do Bairro Grogotó, que me acolheu.

À Equipe Grogotó, que partilhou comigo a busca do conhecimento, motivando-me em momentos difíceis, em especial os Agentes Comunitários de Saúde que são exemplos de dedicação e profissionalismo.

Aos Tutores Sandro, Max, Virgiane e tantos outros que se fizeram presentes em momentos especiais, que foram em encontros presenciais e no universo online

Ao professor Horácio Faria que conseguiu motivar um acadêmico em um momento de desilusão, obrigado!!

À minha esposa Silvana e filhas Lara e Maria Clara, lindas criaturas, feito divino, que me incentivaram em todos os momentos da minha formação.

Por fim, a mim, por ter organizado tão bem meu portfólio, que a partir de sua base de dados, foi possível consolidar este trabalho.

“O Senhor é meu pastor e nada me faltará. Deita-me em verdes pastos e guia-me mansamente em águas tranqüilas. Refrigera a minha alma, guia-me pelas veredas da justiça, por amor do seu nome. Ainda que eu ande pelo vale da sombra da morte, não temerei mal algum, por que Tu estas comigo, a Tua vara e o Teu cajado me consolam. Prepara-me uma mesa perante os meus inimigos, unge a minha cabeça com óleo, o meu cálice transborda. Certamente que a bondade e a misericórdia me seguirão todos os dias da minha vida e habitarei na casa do SENHOR por longos dias”.

SALMO, 91

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar os relatórios da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), especificamente o cadastramento familiar (ficha A) e seus consolidados Relatório A1 e Relatório A2, os relatórios mostram a situação real de cada micro-área nos meses de janeiro a junho de 2009. Através da elaboração de planilhas, pode-se ter uma melhor visão dos dados coletados, bem como o perfil da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família com o diagnóstico situacional da comunidade. Foram priorizados indicadores de agravos a saúde e elaborado um plano de ação com envolvimento de toda equipe e lideranças comunitárias no intuito de dar maior resolutividade aos mesmos, combater agravos a saúde através de um planejamento e implementação de atividades, voltadas para realidade local com enfoque na promoção da saúde.

**Palavras Chave:** Sistema de Informação da Atenção Básica. Relatórios. Diagnóstico e Planejamento. Estratégia de Saúde da Família.

## ABSTRACT

The present work has as objective analyzes the reports of the database of the Information System of Basic Attention (SIAB), specifically the family registration (Annotate A) and yours consolidated A1 Report and A2 Report, the reports show the real situation of each personal micro-area in the months of January to June of 2009. Through the elaboration of spreadsheets, a better vision of the collected data can be had, as well as the profile of the area covered by the Family Health Strategy with the situational diagnosis in the community. Were prioritized indicators of harm to health and prepared an action plan involving the entire team and community leaders in order to provide better resolution to them, combat injuries to health through planning and implementation activities for local reality with a focus on promotion health.

**Words Key:** Information System of Basic Attention. Reports. Diagnosis and planning, Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	9
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	12
2.1. Objetivo Geral .....	12
2.2. Objetivos Específicos .....	12
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	13
<b>4. DESENVOLVIMENTO</b> .....	14
<b>4.1. DESCRIÇÃO DO SIAB</b> .....	14
4.1.1 Estrutura do SIAB.....	16
4.1.1.1. Instrumentos de Coleta de Dados.....	16
4.1.1.2. Instrumento de Consolidado de Dados.....	19
4.1.2. Fluxo de Informação.....	22
<b>4.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL</b> .....	21
4.2.1. Unidade de Saúde da Família <i>Grogotó</i> .....	23
4.2.2. Recursos de Saúde.....	24
4.2.3. Utilização do SIAB na elaboração do diagnóstico situacional.....	25
<b>4.2.4. ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO</b> .....	30
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	34
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	36
<b>ANEXOS</b> .....	38

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psico-social  
CEREST – Centro de Referência de Saúde do Trabalhador  
CNES - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde  
COPASA – Companhia de Saneamento de Minas Gerais  
DATASUS – Departamento de Informação do SUS  
DEMASP – Departamento Municipal de Saúde Pública  
DIA – Diabético  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
EPCAR – Escola Preparatória de Cadetes do Ar  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
FAME – Faculdade de Medicina  
GES – Gestantes  
GM – Gabinete do Ministro  
HA – Hipertensão Arterial  
HAN – Hanseníase  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio a da Saúde da Família  
PSF – Programa Saúde da Família  
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SCNS – Sistema de Cartão Nacional de Saúde  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SISPACS – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TB - Tuberculose  
UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde  
UNIPAC – Universidade Presidente Antonio Carlos

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema de Informação da Atenção Básica é um sistema especial desenvolvido pelo DATASUS, para o gerenciamento das informações obtidas a partir do trabalho das equipes de saúde da família.

Os relatórios emitidos por este sistema permitem conhecer a realidade sócio-sanitária da população de uma área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família – ESF, e acompanhar as ações desenvolvidas pelas equipes, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los às necessidades da comunidade assistida.

A Atenção Básica à Saúde é porta de entrada e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, organiza e racionaliza a utilização dos recursos. Desta forma, além de um sistema de informação, o SIAB deve constituir-se em ferramenta de gestão para as ESF e gestores de saúde.

O SIAB aprofunda e aprimora pontos fundamentais do Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SISPACS) mais mantém a lógica central do funcionamento, que tem como referência uma determinada base populacional. O SIAB amplia o leque de informações, com novos instrumentos de coleta e de consolidação que permitem sua utilização por toda equipe da unidade de saúde.

*“É preciso superar a visão que reduz a comunicação às suas tecnologias. Comunicação envolve informação e discursos que concorrem para a construção e a transformação de sentidos sociais a partir do uso de meios e tecnologias – imprensa escrita, rádio, televisão, internet -, mas não se reduz a nenhum deles. Envolve interlocução, busca do diálogo, outros processos sociais e culturais, como o da educação, da popularização da ciência e o da promoção da saúde, compartilhados e mediados pelos meios de comunicação, mas não determinados por eles. Significa estimular a utilização, em cada local, das manifestações culturais como veículo importante de comunicação. Envolve também o reconhecimento da pluralidade, do dissenso e dos conflitos inerentes à democracia”. (RELATÓRIO FINAL DA 12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE – Eixo Temático X – Comunicação e Informação em Saúde, 2003).*

Hoje, a grande maioria dos municípios brasileiros utiliza a Estratégia de Saúde da Família como forma de organização da Atenção Primária a Saúde – APS. Estas equipes estão inseridas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde – UAPS e servem de referência para a população de um território delimitado. Estas equipes estão compostas

principalmente por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em alguns casos a estes profissionais se somam profissionais de saúde bucal. Estas equipes têm como objetivos ofertar serviços para o indivíduo/comunidade de forma equânime buscando a atenção integral buscando acolher os usuários de forma humanizada, ter clareza de seu território de atuação bem como da comunidade sobre sua responsabilidade. O SIAB foi instituído, como ferramenta para coletar dados locais para o planejamento das ações da ESF dentro das UAPS.

O SIAB como ferramenta de gestão e planejamento é, ainda, muito subutilizado pela ESF. Muitos o criticam por não contemplar alguns dados como, por exemplo, aqueles relativos à saúde bucal, tabagismo, nutrição, renda familiar, entre outros. Mesmo considerando estas limitações é importante que as ESF conheçam e utilizem o SIAB no seu dia-a-dia.

A proposta deste trabalho é relatar que mesmo com todas as limitações do SIAB ainda é um instrumento de estudos e seus relatórios fornecem informações importantes e úteis para o diagnóstico situacional de uma área de atuação e para o planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas ESF no enfrentamento dos problemas de saúde identificados no diagnóstico.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

Relatar a utilização do SIAB na elaboração de um diagnóstico situacional e no planejamento das ações da Equipe de Saúde da Família Grogotó, do bairro Grogotó, Barbacena-MG.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Descrever a estrutura do SIAB
- Caracterizar a área de abrangência da ESF Grogotó utilizando dados da Ficha A, dos relatórios SSA2 e PMA4 do SIAB.
- Identificar os limites e possibilidades das informações obtidas pela ficha A do SIAB no planejamento das ações da ESF.
- Identificar prioridades através do SIAB para elaboração de um plano de ação voltado para o combate aos agravos identificados.

### **3. METODOLOGIA**

Para a descrição da estrutura do SIAB se utilizará o “Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica” publicado pelo Ministério da Saúde contemplando os formulários de coleta de dados utilizados e os relatórios consolidados

Para a caracterização da área de abrangência da ESF Grogotó será utilizada a base de dados do SIAB, tomando como referencia os relatórios A1, A2, A3 e A4 que são o consolidado anual das fichas de cadastramento familiar buscando identificar os limites e possibilidades das informações obtidas para o planejamento das ações da ESF. Também foram utilizados os relatórios SSA2 - consolidados das informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas na área de abrangência da equipe, cujo, dados são provenientes das Fichas A, B, C e D e referem-se às microáreas de uma mesma área e os relatórios PMA2 - consolidado mensal da produção da equipe e a identificação de ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras, para área de abrangência da equipe.

Para a utilização das bases de dados os agentes comunitários de saúde trabalharam na atualização dos cadastros através das visitas domiciliares. Posteriormente houve a consolidação e a exportação dos dados para a alimentação do SIAB na central de digitação. Após a digitação dos dados colhidos foram emitidos relatórios que foram analisados e confeccionados tabelas que compuseram parte do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Grogotó. A partir do diagnóstico a ESF elaborou o seu Plano de Trabalho definindo as ações a serem desenvolvidas pela equipe para o enfrentamento dos problemas identificados no diagnóstico, os resultados esperados com as ações e os parâmetros de avaliação das mesmas.

## 4. DESENVOLVIMENTO

### 4.1. DESCRIÇÃO DO SIAB

O Programa de Saúde da Família pode ser entendido como uma estratégia de:

*“Reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS”. (PORTAL /MS).*

*“A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. Busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família”. (PORTAL /MS)*

A Estratégia de Saúde da Família do Município do município de Barbacena faz parte da rede municipal de saúde atuando na Atenção Primária à Saúde e é constituída por equipes multiprofissionais, formadas por médicos, enfermeiros, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros. A equipe tem como estratégia promoção da saúde a prevenção, diagnóstico, tratamento de doenças, reabilitação através da redução de danos ou agravos que possam expor a riscos comprometer o modo saudável de viver do cidadão ou população que reside na área de abrangência e responsabilidade da equipe.

Segundo a PORTARIA 648/GM-2006 são atribuições comuns a todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família:

*“I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;*

*VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;*

*XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;(Portaria 648/GM - 2006).*

O Sistema de Informações da Atenção Básica foi um sistema idealizado e introduzido no sistema de informação nacional para agregar e processar as informações sobre as famílias cobertas pela estratégia de saúde da família. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados. Segundo Araújo (2004):

*“O SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, foi desenvolvido pelo DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde, especialmente para coletar e processar os dados advindos do PSF em nível municipal. Neste sentido, existe uma sistemática de trabalho no funcionamento do PSF que se relaciona diretamente com a utilização do SIAB. As fichas preenchidas pelos agentes comunitários de saúde quando da visita às famílias obedecem a modelos que alimentam um banco de dados onde é feita a consolidação de toda a informação sobre a população atendida pelo PSF no município”.(MS, 2003).*

Alguns problemas foram detectados em relação ao SIAB, pelo próprio MS, como:

*Pouca divulgação, a gestores, da importância, capacidade potencial e atual do SIAB. O modelo atual do sistema abrange parcialmente as ações referentes à atenção básica, duplicidade de informações nos diversos sistemas do MS, capacitação insuficiente das equipes para operar e utilizar as informações produzidas e falhas no processo de coleta, na periodicidade e no fluxo de dados ( Ministério da Saúde – BR. Relatório de Gestão 1998-2002. Brasília: MS; 2002).*

*Esses problemas identificados poderão ser solucionados com o processo de Reformulação do SIAB - Projeto SIAB-plus, que consta do "Documento de Referência para a Oficina de Trabalho de Reformulação do Sistema de Informação da Atenção Básica" e do "Relatório da Oficina de Trabalho de Reformulação do Sistema de Informação da Atenção Básica, a fim de que venha atender às necessidades da estratégia Saúde da Família. O SIAB-plus deverá garantir a entrada de dados e geração de informações únicas, a integração com os Sistemas Cartão Nacional de Saúde-SCNS, CadSUS, Sistema de Regulação - Sisreg, Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-SCNES, a otimização da captura de dados referentes aos diversos programas da atenção básica, evitando, assim, a duplicidade de esforços e a repetição de informações, uma vez que a fragmentação histórica dos sistemas de informações em saúde é fato, visto que, em uma mesma unidade, vários dados são coletados de forma desarticulada, o que dificulta a atribuição de um significado aos mesmos no sentido de torná-los informações importantes na produção de ações, aprimorar as formas de gerenciamento, controlar as ações realizadas e incluir novos programas assistenciais no nível municipal. O objetivo principal do*

*SIAB-plus é disponibilizar aos gestores do SUS informações que reflitam o perfil de atendimento e a situação de saúde, permitindo adequado planejamento, acompanhamento e avaliação das ações. (Ministério da Saúde (BR). Relatório de Gestão 1998-2002. Brasília: MS; 2002).*

Apesar de seus problemas e limitações o SIAB deve ser considerado uma base de dados fundamental para o trabalho no ESF.

Nas análises dos relatórios foram observadas várias limitações do SIAB. Em parte essas limitações podem ser atribuídas à falta de capacitação da equipe, e também ao pouco envolvimento da equipe e o total desconhecimento desta ferramenta pelos profissionais da ESF. Normalmente o enfermeiro é o profissional que tem o maior envolvimento com o SIAB.

Cabe ressaltar a importância de SIAB como instrumento de reorganização do processo de trabalho, mesmo que sua utilização pela ESF tenha se mostrado incipiente, se comparada às suas possibilidades de uso, mesmo com suas dificuldades, é um sistema de informação que deve ser considerado como uma base fundamental de dados na atenção primária à saúde.

#### **4.1.1. Estrutura do SIAB**

##### **4.1.1.1. Instrumentos de coleta de dados**

O SIAB tem uma padronização de fichas que são utilizadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF). As fichas são utilizadas para o cadastramento e acompanhamento das famílias adscritas a uma determinada área de abrangência de uma ESF. A coleta de dados é feita por ocasião das visitas domiciliares e dos atendimentos realizados.

##### **Ficha A - Cadastramento das famílias**

A **Ficha A** (Anexo I) é preenchida e atualizada pelos agentes comunitários de saúde por ocasião das visitas domiciliares. Deve ser preenchida uma ficha por família.

A ficha A contém as seguintes informações:

- Cadastro da família

- Situação de saneamento e moradia
- Dados pessoais dos moradores
- Doenças referidas
- Meios de transportes e de informação
- Participação em grupos associativos
- Cobertura de plano de saúde
- Recursos utilizados em caso de doença
- Observações

Todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver alteração da situação familiar. O ACS deve estar atento para registrar, todo mês, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças de atividade profissional (ocupação) dos membros da família e as condições de moradia e saneamento, bem como, mudança de faixa etária mesmo após digitação o software não faz a mudança automática.

Onde a rede de assistência primária a saúde é informatizada, as alterações registradas pelo ACS devem ser incluídas imediatamente no banco de dados, de forma a permitir sua contínua atualização. Caso contrário, a consolidação dos dados do cadastramento deve ser realizada anualmente, no mês de janeiro, através do preenchimento dos relatórios A1, A2, A3 e A4.

Toda vez que cadastrar ou desligar uma família, o agente deve levar a ficha A para a reunião mensal para discutir com o enfermeiro responsável. Neste caso, o número de famílias cadastradas deve ser alterado nos Relatórios SSA-2 e SSA-4 e, onde o sistema estiver informatizado, os dados da família devem ser incluídos ou excluídos do banco de dados.

As fichas do grupo **B** (B-GES, B-HA, B-DIA, B-TB e B-HAN) e a ficha **C** são utilizadas para o acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento. A cada visita mensal os dados destas fichas devem ser atualizados. O ACS deve guardar consigo as fichas de acompanhamento e o enfermeiro responsável deve revisá-las periodicamente. Sempre que cadastrar um caso novo, o agente comunitário de saúde deve discutir com o enfermeiro o acompanhamento do mesmo.

### **Acompanhamento de gestantes – Ficha B-GES**

Com a **Ficha B-GES** (Anexo II) o ACS cadastra e acompanha mensalmente o estado de saúde das gestantes. A cada visita, os dados da gestante devem ser atualizados nesta ficha, que deve ficar de posse do ACS, sendo discutida mensalmente com o enfermeiro sempre que cadastrar uma nova gestante.

### **Acompanhamento de diabéticos – Ficha B-DIA**

A Ficha B-DIA (Anexo III) é utilizada para o cadastramento e acompanhamento mensal dos diabéticos com diagnóstico médico estabelecido.

### **Acompanhamento de hipertensos – Ficha B-HA**

A Ficha B-HA (Anexo IV) é utilizada para o cadastramento e acompanhamento mensal dos hipertensos com diagnóstico médico estabelecido.

### **Acompanhamento de pacientes com tuberculose – Ficha B-TB**

A Ficha B-TB (Anexo V) é utilizada para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com tuberculose.

### **Acompanhamento de pacientes com hanseníase – Ficha B-HAN**

A Ficha B-HAN (Anexo VI) é utilizada para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com hanseníase.

### **Acompanhamento de crianças – Ficha C**

O instrumento utilizado para o acompanhamento da criança - a Ficha C (Anexo VII) - é uma cópia do *Cartão da Criança* padronizado pelo Ministério da Saúde, utilizado pelos diversos serviços de saúde nos municípios. Este Cartão é produzido em dois modelos distintos: um para a criança de sexo masculino e outro para a criança do sexo feminino. Toda família que tenha uma criança menor de cinco anos, acompanhada por uma unidade

de saúde deve possuir este Cartão. É ele que servirá como fonte básica dos dados que serão coletados pelos ACS.

Para as crianças menores de 2 anos o ACS deve utilizar, como base para a coleta dos dados, o *Cartão da Criança* que está de posse da família, transcrevendo para o seu *cartão-sombra* os dados registrados no *Cartão da Criança*. Caso a família não tenha o Cartão, o ACS deverá preencher o *cartão-sombra* com base nas informações referidas e orientar a família a procurar a unidade de saúde de referência para providenciar a 2ª via.

A frente do Cartão da Criança destina-se à coleta de informações acerca da identificação da criança, sobre o tipo do parto e condições da criança ao nascer.

### **Registro de atividades, procedimentos e notificações – Ficha D**

A **Ficha D** (Anexo VIII) é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde para o registro diário das atividades e procedimentos realizados, além da notificação de algumas doenças ou condições que são objeto de acompanhamento sistemático. Cada profissional entrega uma Ficha D preenchida ao final do mês. O preenchimento deste instrumento deve ser efetuado diariamente (nos dias efetivos de trabalho de cada mês).

Alguns campos desta ficha são específicos para determinadas categorias como médicos e enfermeiros, e apenas os profissionais da respectiva categoria devem preenchê-los.

#### **4.1.1.2. Instrumentos de consolidação dos dados**

##### **Relatórios de consolidado anual das famílias cadastradas – A1, A2, A3 e A4**

Os **Relatórios A1** até **A4** (Anexos XI a XIV) consolidam os dados das famílias cadastradas. O relatório A1 agrega as informações de uma microárea, a área sob a responsabilidade de um ACS. O Relatório A2 reúne os dados de uma área - várias microáreas controladas por uma equipe; o relatório A3 associa os históricos de diversas áreas para retratar um segmento territorial. Por fim, o relatório A4 permite agrupar os dados relativos à atuação das equipes de saúde da família de um município. O cadastramento das famílias deve ser consolidado pelo enfermeiro junto com o ACS.

## **Relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias – SSA2 e SSA4**

O **Relatório SSA2** (Anexo IX) consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área. Os dados para o seu preenchimento são provenientes das Fichas A, B, C e D e referem-se às microáreas de uma mesma área.

O **Relatório SSA4** (Anexo X) consolida os dados referentes as áreas de um mesmo município, por modelo de atenção (PACS ou PSF) e de zona (urbana ou rural). As informações contidas neste relatório referem-se às áreas cobertas pelo PACS e PSF no município.

## **Relatórios de produção e marcadores para avaliação – PMA2 e PMA4**

O **Relatório PMA2** (Anexo XV) consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras, por área. Será utilizado nos casos em que o modelo de atenção for o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ou Programa de Saúde da Família (PSF) ou Outro (demanda espontânea ou oferta programática).

O **Relatório PMA4** (Anexo XVI) destina-se à consolidação mensal dos dados dos Relatórios PMA2, apenas nos municípios onde o sistema não esteja informatizado, totalizando as informações referentes à produção de serviços e à ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadoras, por município.

### **4.1.2. Fluxo da informação**

As fichas de cadastramento familiar e de acompanhamentos são geradas no papel pelos ACS e passadas para enfermeiro responsável o qual os encaminha para digitação no operador do sistema. Posteriormente são repassados para a Secretaria de Saúde e por fim ao Ministério da Saúde e DATASUS.

Caso um ACS ou outro membro da equipe precise acessar esses dados ele terá que entrar em contato com o operador do sistema e solicitar cópia de relatórios. O fluxo da informação e sua centralização aumentam o tempo na busca por informações por parte das equipes, torna o trabalho cansativo e ineficiente. Como as fichas são manipuladas por vários profissionais nem sempre retornam para o local de origem acarretando perda de

informações importantes. Quando isto acontece o ACS tem que realizar novo cadastramento familiar.

Com estas dificuldades encontradas para levantar os dados provenientes das fichas prejudicam de forma geral o desempenho dos profissionais. É de extrema importância melhorar o *feedback* do fluxo de dados, pois a partir deles todas as medidas poderão ser tomadas de forma mais eficiente para a população local. No contexto da Atenção Primária o período entre uma ação e reação é valioso e deve ser o menor possível, interfere ainda no processo de referencia e contra referencia para demais níveis de assistência.

O SIAB como sendo uma dos principais instrumentos de planejamento das equipes de saúde da família, deve ser compreendido por todos os membros da equipe principalmente o ACS que é o responsável pelo cadastramento das famílias, o ACS tem que ter a consciência que a qualidade das informações colhidas são imprescindível para todo o processo de trabalho da equipe. Para tal o processo de educação em serviço e educação continuada são instrumentos indispensáveis no tocante busca da qualidade da informação e consequentemente do planejamento de ações.

## **4.2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

### **Área de Abrangência da ESF-Grogotó**

O município de Barbacena foi elevada a cidade em 1840, pela lei numero 163, de 9 de março deste mesmo ano. Em 1842 aderindo a revolução liberal e por ocasião desta revolução, no atual prédio da Câmara Municipal foi instalado o Hospital de guerra para atender os feridos e revolucionários, chefiado por Antonio José Ramos – Cirurgião-Mor, auxiliado pelos Barbacenenses Camilo de Maria Ferreira e Conde de Prados.

O município de Barbacena possui uma população de 128.572 (IBGE ESTIMATIVA DE 2009) área de 788 Km<sup>2</sup>, situada no planalto da serra da Mantiqueira, entre as duas colinas denominadas Monte Mario e Cruz das Almas, na zona denominada Campos das Vertentes, a 1160m do nível do mar. Possui um clima agradável em media 17°C, favorecendo a fruticultura, floricultura, especialmente a das rosas e a pecuária leiteira.

Situada dentro do eixo Rio à 273 Km/Belo Horizonte à 165 Km, propicia assim uma gama de estradas de rodagem que servem esta região: BR 040, principal forma de acesso à cidade, BR 265, MG 388 e MG 265.

Cidade de relevância histórica, hoje tem no ensino sua maior aposta como forma de crescimento e desenvolvimento, contando com 18 Escolas Estaduais, 33 escolas Municipais, 29 Escolas Particulares de nível fundamental, médio e superior, em destaque a Escola Agrícola Federal, Escola Preparatória Cadetes do Ar – EPCAR, Universidade Presidente Antonio Carlos – UNIPAC.

A cidade tem no comercio sua maior fonte de arrecadação, contando com grandes eventos culturais como: festival da loucura na praça da estação, jubileu na Basílica de São José, festa das rosas e exposição agropecuária no parque de exposições, dentre outros eventos, tornam a cidade referencia para pessoas dos municípios vizinhos, bem como de outros municípios do Estado e do País. A política é outro fator que coloca Barbacena em foco, hoje contando com um Ministro, dois Deputados Federais, sendo que um e Conselheiro do Tribunal de Contas do Estado, um Deputado Estadual e vários ex-deputados de renome estadual e nacional, na política local a administração é polarizada entre duas lideranças, que ao longo do tempo vêm se revezando à frente da administração.

Na área da saúde a cidade é sede da micro e macrorregião, sendo referência para consulta, exames de media e alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e internações hospitalares em diversas especialidades, para tal conta com uma rede hospitais, clínicos, cirúrgico e psiquiátrico, interligados na central de regulação estadual, no que se refere a psiquiatria bem sabemos que Barbacena foi uma referencia a nacional chegando a internar mais de 5.000 pessoas na psiquiatria, hoje o numero de pacientes não ultrapassam 300 todos crônicos. Conta-se com vários serviços de apoio ao portador de distúrbio mental, como: residências terapêuticas, Centros de Apoio Psico-Social (CAPS) ao portador de distúrbio mental, usuários de álcool e drogas, dentre outros. Para atender a população de Barbacena além dos serviços supracitados, são: 06 Unidades Básicas de Saúde, 22 postos de saúde, uma policlínica de referencia para consultas especializadas, serviços odontológicos, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em suporte básico e de urgência, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 25 Equipes de Saúde da Famílias em 1998 foi implantado o PACS e em 2001 substitui-se por 28 equipes de PSF chegando a dar uma cobertura de 93% da população, hoje contamos com 25 equipes de ESF e 10 equipe de Saúde Bucal e mais 5 equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família(NASF) recém incorporadas, a fim de, fortalecer a força de trabalho da Atenção Primária à Saúde.

#### **4.2.1. Unidade de Saúde da Família - Grogotó**

A Unidade de Saúde Grogotó localiza-se na zona urbana, região noroeste da cidade de Barbacena e tem sob sua responsabilidade os moradores do Bairro Grogotó, moradores do Sítio Ernesto Meneguim e do Sítio Círiilo Tonholo. O Bairro Grogotó situa-se em área de brejo de relevo acidentado. Por ele passa um córrego junto a rede de esgoto não canalizada com aspecto de sujidade e descuido. O córrego também é uma barreira geográfica entre o bairro Grogotó e o bairro São Francisco. Faz divisa com os bairros Diniz II, Santa Luzia, João Paulo II, Vale das Rosas e Pontilhão. O abastecimento de água é feito pela COPASA e cobre 100% da população referida e 100% das residências tem ligação elétrica. Algumas ruas não são pavimentadas e a grande maioria é pavimentada com pedras, deixando o piso bastante irregular e causando transtornos e alguns acidentes com os pedestres, A avenida principal que cruza o bairro é bastante movimentada por ser via de acesso a MG 265 e ligação de bairros da periferia ao centro da cidade.

A Equipe de Saúde da Família - ESF Grogotó tem em seu cadastro no Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB 4.055 pessoas e 1150 famílias, com grande número de pessoas acima de 60 anos, alto índice de hipertensos e diabético. A área esta dividida em seis micro-áreas.

A equipe atua de forma sistemática, com grupos operativos de Hipertensos, diabéticos, gestantes, puericultura, visitas pré-agendadas para medico e enfermeiro. Na maioria das vezes o atendimento medico é de demanda espontânea exceto para os usuários acima de 60 anos e gestantes que são pré-agendados. A equipe tem boas parcerias com grupos religiosos, pastoral da criança, escola municipal do bairro onde, esta inserido o programa de educação afetivo sexual (PEAS) e o programa sorridente a escola é uma parceiro muito importante para de fato o ESF ser resolutiva em suas ações é lá que está o cidadão de amanhã. A ESF trabalha visando alcançar a pactuação dos indicadores de saúde, sempre querendo os melhores indicadores, é claro que apresenta problemas e não são poucos como falta de matérias, alta rotatividade de profissionais principalmente médico, grande morosidade dos serviços de referencia para especialistas e marcação exames que demora na liberação, falta de medicações dentre outras, portanto persistir é preciso, mesmo em meio a tantas adversidades a equipe prossegue em busca de uma melhoria na qualidade da assistência a saúde dos cidadãos.

#### 4.2.2. Recursos de Saúde

Como apoio a equipe de saúde da família conta ainda com uma UAPS cuja equipe é composta por 01 clínico geral e 01 pediatra ambos do quadro efetivo do Departamento Municipal de Saúde Pública (DEMASP) e ainda 04 professores da Faculdade de Medicina (FAME) sendo 01 clínico geral, 01 pediatra, 02 ginecologista, estes atendem com acadêmicos, com consultas pré agendadas e número limitado de vagas 06 cidadãos por turno de 04 horas, ainda conta com um dentista, uma auxiliar de consultório de dentário, duas técnicas de enfermagem em turnos alternados, uma profissional auxiliar de serviços gerais e um oficial administrativo responsável pelas atividades burocráticas, a uma carência de um profissional para recepção e mais um profissional para serviços gerais. A unidade de saúde é campo de estágio para acadêmicos de medicina e enfermagem durante ano letivo.

Em relação à estrutura física é uma das melhores de Barbacena, prédio relativamente novo, passou por uma reforma geral em dezembro de 2005 é composta por consultório odontológico, pediátrico, clínico, ginecológico, sala administrativa para guarda de prontuários, sala de vacinação, copa, sala para guarda e dispensa de material de limpeza, banheiro exclusivo para funcionários, farmácia, salão de recepção, sala para realização de curativos e esterilização de materiais, ainda não dispõe de consultório exclusivo de enfermagem e uma sala exclusiva para esterilização de materiais.

A comunidade é atendida através de consultas agendadas pela manhã no mesmo dia do atendimento, limitando 12 consultas por profissionais sendo que as urgências e/ou emergências são atendidas por demanda espontânea, sendo que, os usuários são acolhidos pelo profissional de enfermagem, enfermeiro ou técnico de enfermagem, os curativos crônicos e de difícil cicatrização são realizados no domicílio durante a visita domiciliar, para maior comodidade do cidadão e também melhorar o fluxo de atendimento na unidade, demais procedimentos como retirada de pontos, imunização, sutura, inserção de dispositivo intra-uterino (DIU), prevenção de câncer de mama e cérvico-uterino, dentre outros. Tanto a equipe de saúde da família quanto a equipe da unidade básica trabalham de forma articulada trocando experiências e informações sobre os cidadãos nas ações curativas e sobre tudo na promoção e prevenção da saúde.

#### **4.2.3. Utilização do SIAB na elaboração do diagnóstico situacional**

O trabalho teve uma duração de seis meses. Nos dois primeiros meses, os agentes comunitários de saúde trabalharam na atualização dos cadastros através das visitas domiciliares. No terceiro e quarto meses houve consolidação e a exportação dos dados para a alimentação do SIAB- na central de digitação. No quinto e sexto mês, emissão dos relatórios para a análise dos dados, confecção das tabelas e elaboração do diagnóstico situacional. A partir deste, o Plano de Trabalho e o desenvolvimento de suas ações, baseado nos critérios de classificação de prioridades, cronograma de implementação/ execução das ações, agentes da ação e resultados esperados, sendo que a avaliação permeou todo o processo de trabalho.

A princípio foi solicitado do operador do sistema os relatórios A1 que tem por objetivo consolidar os dados coletados nas diversas Fichas A de uma mesma micro área, ou seja, da área de atuação de um agente de saúde, são consolidados os dados dos membros das famílias por idade, sexo, situação de escolaridade e cobertura de plano de saúde. No verso do relatório são consolidados os dados relativos a doença ou condição por faixa etária e condições de moradia e saneamento e o Relatório A2 consolida os dados contidos no Relatórios A1 de uma mesma área/equipe. Ele representa a soma das informações dos relatórios A1 de todos os membros de uma equipe e permite que a equipe detecte os pontos vulneráveis da sua área de atuação e fundamente seu plano de ação.

Através na análises dos consolidados dos relatórios A1 e A2 observou um alto índice de hipertensos com um índice acima de 14% da população total cadastrada, bem acima da média pactuadas pelo estado que é de 10%.

Na sequência foram solicitados os relatórios SSA2 consolidado de informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas na área de abrangência da equipe de saúde da família. Os dados para o seu preenchimento são provenientes das Fichas A, B, C e D e referem-se às microáreas de uma mesma área. Os indicadores encontrados chamou atenção da equipe para o numero elevado de crianças de 0 a 5 anos em subnutrição.

Também foram analisados os dados do relatório PMA2 consolidado mensal da produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras, por área. Analisando os atendimentos do médico e do enfermeiro no período correspondente, observou-se o grande numero de atendimento de usuários(as) com sintomatologia e exames laboratoriais indicando Doenças Sexualmente Transmissíveis

(DST). Este consolidado foi fundamental para determinarmos um indicador muito importante o alto índice de casos de DST na comunidade.

Outro indicador de risco que foi levantado através da observação direta dos ACS e do mapeamento das famílias foi o grande número de idosos acamados dependentes de cuidados, indicador este, que não foi coletado através dos relatórios do SIAB, porém, entrou na priorização de problemas e no plano de ação, devido a sua relevância.

Pontos que facilitaram a realização do diagnóstico situacional foram: o planejamento prévio das atividades, o envolvimento de toda equipe, a participação dos ACS no processo de digitação dos dados da ficha A para o SIAB, materiais (fichas) em número suficiente para realização dos cadastros das famílias, o feedback do operador do sistema com a equipe enviando prontamente todos os relatórios solicitados e sobretudo a participação da comunidade.

Pontos dificultadores durante o processo de trabalho foram: algumas famílias não encontradas em horário de trabalho da equipe tendo que ser agendados horários fora do padrão da equipe, dados transcritos errados tendo que retornar a família para corrigi-los, falta de documentos de membros da família deixando fichas incompletas, observações importantes que não podem ser digitalizadas, falta de um serviço informatizado na unidade de saúde tendo que dispor de tempo a carro para levar as fichas até o operador do sistema, ficha A faltando indicadores importantes como: uso de tabaco, idosos dependentes, dentre outros indicadores de relevância, obrigando os ACS a realizar coletas de dados paralelos em impressos não padronizados os quais não são digitados dificultando seus consolidados.

Através dos relatórios obtidos foi possível analisados e verificar os indicadores de maior relevância, conforme planilhas abaixo:

### Aspectos Demográficos

<b>População Segundo a faixa etária na Área de abrangência de Equipe de Saúde da Família Grogotó, segundo o sexo – SIAB, junho de 2009.</b>				
<b>Faixa Etária</b>	<b>Masculino</b>		<b>Feminino</b>	
	<b>Número</b>	<b>%</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Menor 1 ano	13	0,32	12	<b>0,29</b>
1 a 4 anos	99	2,44	73	<b>1,80</b>
5 a 6 anos	51	1,25	45	<b>1,10</b>
7 a 9 anos	90	2,21	86	<b>2,12</b>
10 a 14 anos	134	3,30	176	<b>4,34</b>
15 a 19 anos	173	4,26	152	<b>3,74</b>
20 a 49 anos	945	23,30	1030	<b>25,40</b>
50 a 59 anos	183	4,51	264	<b>6,51</b>
60 anos e +	217	5,35	312	<b>7,69</b>
<b>Total</b>	<b>1905</b>		<b>2150</b>	

<b>População segundo a faixa etária na área de abrangência da Equipe de Saúde da família Grogotó segundo a micro-área, SIAB, junho de 2009.</b>							
<b>Faixa Etária</b>	<b>Micro 1</b>	<b>Micro 2</b>	<b>Micro 3</b>	<b>Micro 4</b>	<b>Micro 5</b>	<b>Micro 6</b>	<b>Total</b>
Menor 1 ano	7	4	3	0	6	5	<b>25</b>
1 a 4 anos	26	32	39	14	28	33	<b>172</b>
5 a 6 anos	18	22	12	11	14	19	<b>96</b>
7 a 9 anos	22	30	32	31	34	27	<b>176</b>
10 a 14 anos	52	50	46	52	56	54	<b>310</b>
15 a 19 anos	64	48	35	58	64	56	<b>325</b>
20 a 49 anos	332	323	287	329	335	369	<b>1975</b>
50 a 59 anos	65	66	63	98	72	83	<b>447</b>
60 anos e +	69	89	99	80	90	102	<b>529</b>
<b>Total</b>	<b>655</b>	<b>664</b>	<b>616</b>	<b>673</b>	<b>699</b>	<b>748</b>	<b>4055</b>

## Aspectos Ambientais

O bairro apresenta relevo acidentado com áreas de brejo na parte baixa, a estrutura de saneamento básico com aproximadamente 100% das residências com esgoto sanitários, abastecimento de água pela COPASA, ruas calçadas na sua maioria e coleta de lixo três vezes por semana, porém no bairro passa um córrego com esgoto a céu aberto com aspecto de sujeira, motivo de grande conflito entre lideranças do bairro e o gestão municipal.

<b>Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade e micro-área – SIAB, junho de 2009.</b>							
<b>Modalidade</b>	<b>Micro 1</b>	<b>Micro 2</b>	<b>Micro 3</b>	<b>Micro 4</b>	<b>Micro 5</b>	<b>Micro 6</b>	<b>Total</b>
Rede geral	191	202	168	178	195	199	<b>98,52%</b>
Poço ou nascente	2	0	0	0	11	3	<b>1,39%</b>
<b>Total de famílias</b>	<b>194</b>	<b>202</b>	<b>168</b>	<b>178</b>	<b>206</b>	<b>202</b>	<b>1150</b>

Percebe-se uma boa cobertura de abastecimento de água, segundo projeto da COPASA e colocar água encanada em 100% dos domicílios até o final do ano de 2010, a microárea 05 demonstra um número mais elevado de poço ou nascente é devido ser uma microárea que possui alguns sítios.

<b>Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade e micro área - SIAB, junho de 2009.</b>							
<b>Modalidade</b>	<b>Micro 1</b>	<b>Micro 2</b>	<b>Micro 3</b>	<b>Micro 4</b>	<b>Micro 5</b>	<b>Micro 6</b>	<b>Total</b>
Rede Geral de Esgoto	193	202	166	178	201	200	<b>99,48%</b>
Fossa séptica*	0	0	2	0	5	0	<b>0,35%</b>
Céu aberto	0	0	0	0	0	2	<b>0,17%</b>
<b>Total</b>	<b>194</b>	<b>202</b>	<b>168</b>	<b>178</b>	<b>206</b>	<b>202</b>	<b>1150</b>

\* As fossas sépticas são unidades de tratamento primário de esgoto doméstico nas quais são feitas a separação e transformação da matéria sólida contida no esgoto

<b>Destino do lixo segundo a modalidade e micro área – SIAB, junho de 2009.</b>							
<b>Modalidade</b>	<b>Micro 1</b>	<b>Micro 2</b>	<b>Micro 3</b>	<b>Micro 4</b>	<b>Micro 5</b>	<b>Micro 6</b>	<b>Total</b>
Coleta pública	194	202	168	178	204	199	<b>99,57%</b>
Queimado / enterrado	0	0	0	0	2	2	<b>0,35%</b>
Céu aberto	0	0	0	0	0	1	<b>0,09%</b>
<b>Total</b>	<b>194</b>	<b>202</b>	<b>168</b>	<b>178</b>	<b>206</b>	<b>202</b>	<b>1150</b>

## Aspectos Sócio-Econômicos

A população na economia formal vive basicamente do comércio na sua maioria, em oficinas mecânicas e indústrias locais (duas fábricas de massas), há uma grande concentração de oficinas mecânicas, de lanternagem/pintura e serralherias, ou seja, no bairro a uma grande diversidade econômica. Na economia informal há uma menor proporção de trabalhadores.

<b>Atividades da população com mais de 10 anos de idade, área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Grogotó, Barbacena, SIAB, junho de 2009</b>		
População de 10 a 14 anos	<b>310</b>	<b>100,0</b>
10 a 14 anos trabalhando	<b>26</b>	<b>8,38%</b>
População de 15 a 19 anos	<b>325</b>	<b>100,0</b>
População de 15 a 19 anos estudantes	<b>298</b>	<b>91,69%</b>
de 15 a 19 anos empregados com carteira assinada	<b>43</b>	<b>13,23%</b>
de 15 a 19 anos empregados na economia informal	<b>84</b>	<b>25,84%</b>
de 15 a 19 anos autônomos	<b>12</b>	<b>3,69%</b>
Desempregados	<b>36</b>	<b>11,07%</b>
Aposentados	<b>1</b>	<b>0,30%</b>
Outras situações (deficientes)	<b>8</b>	<b>2,46%</b>

## Morbidade Referida

<b>Morbidade referida segundo a micro-área na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Barbacena- SIAB, junho de 2009.</b>							
<b>Morbidade referida</b>	<b>Micro 1</b>	<b>Micro 2</b>	<b>Micro 3</b>	<b>Micro 4</b>	<b>Micro 5</b>	<b>Micro 6</b>	<b>Total</b>
Alcoolismo	2	0	5	3	0	2	<b>12</b>
Doença de Chagas	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Deficiência	6	7	09	12	5	17	<b>56</b>
Epilepsia	2	3	1	2	3	3	<b>14</b>
Diabetes	17	15	14	18	13	16	<b>93</b>
Hipertensão arterial	74	87	104	105	103	110	<b>583</b>
Tuberculose	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>
Hanseníase	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>

<b>Visitas domiciliares realizadas pela Equipe de Saúde da Família Grogotó, Barbacena, SIAB, janeiro a junho de 2009.</b>		
<b>Faixa Etária</b>	<b>2009</b>	
	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Menor 1 ano</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>1 a 4 anos</b>	<b>794</b>	<b>73%</b>
<b>5 a 9</b>	<b>979</b>	<b>60%</b>
<b>10 a 14 anos</b>	<b>1116</b>	<b>60%</b>
<b>15 a 19 anos</b>	<b>877</b>	<b>45%</b>
<b>20 a 49</b>	<b>5195</b>	<b>64%</b>
<b>50 a 59 anos</b>	<b>2199</b>	<b>82%</b>
<b>60 anos e +</b>	<b>2951</b>	<b>93%</b>
<b>Total</b>	<b>14261</b>	

**Nota:** o numero de pessoas computadas não significa o numero de procedimento referente a visitas domiciliares e sim o numero de pessoas acompanhadas por faixa etárias em visitas às famílias.

#### **4.2.4. ELABORAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**

Após análise e discussão de todos os relatórios, concluiu-se o diagnóstico situacional. A partir deste diagnóstico a equipe elaborou um plano de ação, embasado nas bibliografias utilizadas pelo curso de especialização em atenção básica e saúde da família. De acordo com o Diagnóstico (necessidades levantadas) e suas respectivas ações, as mesmas foram ordenadas por prioridades em uma planilha. Em um segundo momento, convocou-se para uma reunião, lideranças comunitárias (padre, presidente da associação de moradores, líderes da pastoral da criança, dentre outros), na primeira reunião todos fizeram análises dos relatórios já com as necessidades levantadas pela equipe, houve debate por parte de alguns comunitários querendo acrescentar dois problemas na planilha de priorização e seleção de problemas uma foi a questão do esgoto a céu aberto devido ser motivo de constantes conflitos entre a comunidade e a administração municipal o outro problema abordado foram as ruas sem calçamento. Tais necessidades abordadas foram motivos de debates e questionamentos. Mesmo sabendo que são problemas de saúde pública, por consenso foi decidido que não entrariam na planilha de prioridades nesse primeiro momento, devido ao baixo potencial de governança da equipe e comunidade e principalmente por estes problemas já constarem no plano de governo e no orçamento de 2010, segundo dados levantados junto ao secretário de obras da prefeitura municipal.

Os principais problemas levantados foram o alto índice de hipertensos e diabéticos, idosos acamados, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), subnutrição em crianças de 0 a 05 anos, e esgoto a céu aberto, dentre outras situações de agravos à saúde da comunidade.

Na segunda reunião com equipe e lideranças comunitárias, por consenso a planilha de prioridades foi aprovada, os dois problemas levantados na reunião anterior (esgoto a céu aberto e ruas sem calçamento) foram novamente levantados e ficou decidido que apenas esgoto a céu aberto entraria no plano de ação, porém, seria organizado uma comissão para atuar junto ao gestor municipal no intuito deste dar maior agilidade nas ações para resolução destes problemas, tendo em vista, que são questões de saúde pública e que a realização de obras traria melhor qualidade de vida para toda comunidade.

O Quadro I sintetiza o processo de priorização dos problemas levantados:

<b>Quadro I - PLANILHA DE PRIORIZAÇÃO E SELEÇÃO DE PROBLEMAS</b>				
<b>Problema</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capac. de enfrentamento</b>	<b>Total</b>
<b>Hipertensão</b>	3	3	2	<b>8</b>
<b>Diabetes</b>	3	3	2	<b>8</b>
<b>Acamados (idosos)</b>	3	2	2	<b>7</b>
<b>DSTs</b>	3	3	1	<b>7</b>
<b>Desnutrição Infantil</b>	3	2	2	<b>7</b>
<b>Esgoto a céu aberto</b>	3	2	1	<b>6</b>

NOTA: A planilha de priorização de problemas é classificada conforme cada problema, os indicadores recebem uma pontuação que vai de 1 a 3 e classificado conforme a importância, urgência e capacidade de enfrentamento o que obtiver maior pontuação será o primeiro problema a ser enfrentado.

Os quadros II e III sintetizam as explicações e plano de ação para o enfrentamento dos principais problemas encontrado na comunidade do bairro grogotó. Tomando como base para o plano de ação protocolos do Ministério da Saúde e as Linhas Guias da Secretarias de Estado de Saúde de Minas Gerais. Particularmente protocolos da Atenção Básica e Linhas Guias voltados para o controle da Hipertensão Arterial, Diabetes Melitus, DST e desnutrição Infantil.

<b>Quadro II - PLANILHA DE EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA HIPERTENSÃO ARTERIAL</b>	
<b>Causas</b>	<b>Soluções</b>
1. Hereditariedade, obesidade, sedentarismo, não aceitação, fumo dentre outros	Orientações, conscientização, sensibilização, atividade física, alimentação equilibrada, consultas periódicas
2. Hereditariedade, obesidade, sedentarismo, não aceitação, alimentação inadequada, dentre outras	Orientações, conscientização, sensibilização, atividade física, alimentação equilibrada, consultas periódicas, cuidados gerais
3. Depressão, falta de atividades recreativa e exercícios físicos, doenças degenerativas, A VC, causas externas	Visitas periódicas da equipe de saúde da família, orientações e sensibilização de familiares para cuidados gerais (banho de sol, mudanças de decúbito, dentre outros) e alto cuidado

<p>4. Promiscuidade, não aceitação, infidelidade, não uso de preservativos, compartilhamento de seringas (drogas injetáveis)</p>	<p>Preparar a equipe multidisciplinar no intuito de compreensão sobre a sexualidade humana, com literaturas específicas, para evitar abordagens educativas com excesso de valor moral.</p> <p>Estimular e sensibilizar para o uso de preservativos, motivação para participar de grupos jovens, palestras educativas, parcerias entre escola e ESF, dentre outras.</p>
<p>5. Alimentação inadequada, obesidade, falta de recursos financeiros, doenças prevalentes da infância</p>	<p>Controle de peso, alimentação correta, acompanhamento mensal das crianças por equipe multiprofissional, criar parcerias junto as pastorais.</p>
<p>6. Córrego que divide dois bairros Grogotó e São Francisco, captação de esgoto de vários bairros não é canalizado</p>	<p>Enviar relatórios para o gestor municipal, informando que o problema é de saúde pública e solicitando, portanto, maior agilização nas obras de canalização do córrego.</p>

**Quadro III -PLANO DE AÇÃO**

Estratégia	Ações	Atividades	Ações sociais		Recursos		Cronograma
			Responsáveis	Participantes	Humanos	Materiais	
<b>(1) Promover ações educativas através do projeto hiperdia, implantação de projeto social</b>	Atividades educativas, Busca ativa, Visitas domiciliares	Distribuição de medicamentos, aferição de níveis pressóricos, atividade física, reuniões mensais, planejamentos	Equipe multiprofissional e interdisciplinar	Equipe da APS, comunitários e lideranças comunitárias	Comunidade e equipe da APS	Materiais audiovisuais, cartilhas, planilhas, cartazes	Diário, mensal, vide cronograma mensal (rotina do serviço)
<b>(2) Promover ações educativas, alimentação adequada, cuidados gerais e exames periódicos</b>	Atividades educativas, busca ativa, visitas domiciliares,	Distribuição de medicamentos, aferição de níveis pressóricos, atividade física, reuniões mensais, planejamentos	Equipe multiprofissional e interdisciplinar	Equipe da APS, comunitários e lideranças comunitárias	Comunidade e equipe da APS	Materiais audiovisuais, cartilhas, planilhas, cartazes	Diário, mensal, vide cronograma mensal. (rotina do serviço)
<b>(3) Promove ações educativas, direcionado a família no intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente</b>	Orientação familiar para o alto cuidado Visitas domiciliares da ESF periódicas	Orientação para alimentação rica em vitaminas e proteínas, aumento da ingestão hídrica, higiene corporal, banho de sol, estimular a prática de exercícios e terapias ocupacionais	Familiares, ESF, líderes comunitários, associações religiosas, cuidadores	Cuidador, familiares, Equipe da APS	Família, paciente, lideranças comunitárias, grupos religiosos, equipe da APS	Panfletos, cartilha do idoso	Vide cronograma geral (rotina do serviço)
<b>(4) Projeto social para sensibilização e conscientização do uso de preservativos e parceria com as</b>	Preparar a equipe multidisciplinar no intuito de compreender sobre a sexualidade	Orientação a respeito das DST, distribuição de preservativos, conscientização sobre a importância da fidelidade e riscos da promiscuidade, Utilização de produtos	Família, escola equipe da APS	Jovens, comunidade, equipe da APS	Profissionais da APS, jovens, professores, familiares	Preservativos, kits de demonstração, panfletos, cartazes, materiais audiovisuais	Vide cronograma geral

<b>escolas</b>	humana, com literaturas específicas, para evitar abordagens educativas com excesso de valor moral.	descartáveis				Linhas guias	
<b>(5) Trabalhar junto às pastorais para o combate a desnutrição infantil</b>	Realização de palestras educativas nas escolas e centros sociais, pesagem mensal e acompanhamento familiar	Pesagem, orientações, busca ativa, visitas domiciliares, palestras	Equipe da APS, Pastorais de saúde, creches e escolas	Equipe da APS, Pastorais de saúde, creches e escolas, crianças, mães	Equipe da APS, Pastorais de saúde, creches e escolas	Balanças, cartão da criança, cartilhas, manuais do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado	Vide cronograma geral (rotina do serviço)
<b>(6) Elaborar relatório consistente sobre a gravidade de se manter um córrego a céu aberto em uma comunidade</b>	Enviar relatórios para administração local solicitando providências e agilização, nas obras de canalização do córrego.	Reuniões da equipe de APS junto a lideranças comunitárias de saúde e juntos elaborar um relatório para ser enviado para o gestor municipal, informando que o problema é de saúde pública e solicitando, portanto, maior agilização nas obras de canalização do córrego.	Equipe da APS, lideranças comunitárias, serviço de obras, gestor local	Equipe da APS, lideranças comunitárias, serviço de obras, gestor local	Equipe da APS, lideranças comunitárias, serviço de obras, gestor local	Relatórios, indicadores de saúde	Vide cronograma geral

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito mais profundo de **Saúde Pública** ultrapassa o conceito de **doença**, campo próprio dos médicos e profissionais da saúde, e atinge a totalidade da pessoa humana, em cuja amplitude máxima cabe todo e qualquer profissional, particularmente os que atuam nas áreas públicas e sociais. O aumento e a disseminação do conhecimento humano através dos vários veículos de ação social produziram pessoas que já não se conformam com um destino de desigualdades, desprivilégios e injustiças. Muito do que, até há pouco tempo era **imposição da vida** hoje é entendido como produto das atitudes humanas e, como tal, pode ser combatido, corrigido e conduzido de melhor modo, o que requer, muitas vezes, apenas experiência e boa vontade.

O levantamento dos problemas de saúde encontrados na área de abrangência da equipe de saúde da família de Grogotó, são muito semelhantes àqueles enfrentados por grande parte das ESF. Seu enfrentamento deve ser realizado de forma sistemática, ampliando e garantindo o acesso do cidadão às ações curativas e sobre tudo a prevenção dos agravos e a promoção da saúde. Para tanto é necessário a capacitação permanente dos recursos humanos para atuar no cuidado integral, realizando campanhas educativas; promovendo eventos; efetivando maior integração entre os serviços, criando uma rede de referência e contra referência; consolidando relações intersetoriais e ainda criando parcerias com diversos setores da comunidade. É importante que neste processo a equipe tenha como referência o princípio da equidade.

Outro aspecto a ser considerado é a que a realidade é dinâmica e a equipe deve estar preparada para acompanhar as mudanças da realidade e adequar, em cada momento suas prioridades e suas ações a esta nova realidade. Neste sentido, o planejamento se coloca como uma ferramenta fundamental, e, por decorrência a produção de informação de qualidade e de forma oportuna se coloca como um imperativo.

Quando se fala em processo de trabalho em saúde, existe uma gama de possibilidades, para se atingir objetivos/finalidades, considerando as especificidades de cada comunidade e/ou indivíduo. Um diagnóstico situacional bem realizado permite traçar o perfil de uma comunidade e identificar os seus determinantes e condicionantes da saúde de seus componentes. Permite, ainda, identificar os objetos das intervenções assim como os meios e condições para o desenvolvimento das ações.

Todos os profissionais que compõem às equipes de saúde da família, os cidadãos envolvidos, bem como todo o sistema de saúde, são agentes e sujeitos desse processo,

cada qual com seus objetivos e finalidades, entretanto, um processo de comunicação claro e objetivo entre estes objetos deve existir, para que interesses individuais não se sobressaiam frente aos interesses coletivos.

## REFERÊNCIAS BÁSICAS

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). **Informações e documentos – Trabalhos acadêmicos – Apresentação**. Projeto NBR 14724/2002. Rio de Janeiro, 2002. 6p.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). **Informações e documentação – Referências – Elaboração**. Projeto NBR 6023/2002. Rio de Janeiro, 2002. 24p.

BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). **Guia prático do programa Saúde da família**. Governo federal, 2001.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE) **DATASUS**. Rio de Janeiro: MS, 2006. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em: 06 novembro 2009.

12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de setembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 230p.

GUIA do Profissional em formação: CEABSF. Belo Horizonte: Coopmed, 28. 54p.

MANUAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 96 p.: il. – ( Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde (BR). Relatório de gestão 1998-2002. Brasília: MS; 2002.

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS).

BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). **Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família.** Brasília-DF: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2000.

#### **REFERENCIAS COMPLEMENTARES**

ARAÚJO, A. L., SANTOS, J. A., SANTOS, S., ARAÚJO, S. Q., **A Importância da Espacialização de Dados para a Atenção Básica em Saúde Pública.** COBRAC 2004 · Congresso Brasileiro de Cadastro Técnico Multifinalitário · UFSC Florianópolis · 10 a 14 de Outubro 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). **Informações e documentação – Citações em documentos – Apresentação.** Projeto NBR 10520/2002. Rio de Janeiro, 2002. 7p.

BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). **Guia prático do programa Saúde da família.** Governo federal, 2001..

BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE) Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 36p.



### SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

TIPO DE CASA		TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Tijolo/Adobe		Filtração	
Taipa revestida		Fervura	
Taipa não revestida		Cloração	
Madeira		Sem tratamento	
Material aproveitado		ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Outro - Especificar:		Rede pública	
Número de cômodos/peças		Poço ou nascente	
Energia elétrica		Outros	
DESTINO DO LIXO		DESTINO DE FEZES E URINA	
Coletado		Sistema de esgoto (rede geral)	
Queimado/Enterrado		Fossa	
Céu aberto		Céu aberto	

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Alguém da família possui Plano de Saúde?		Número de pessoas cobertas por Plano de Saúde	
Nome do Plano de Saúde _____			

EM CASO DE DOENÇA PROCURA		PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS	
Hospital		Cooperativa	
Unidade de Saúde		Grupo religioso	
Benzedeira		Associações	
Farmácia		Outros - Especificar:	
Outros - Especificar:		MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Ônibus	
Rádio		Caminhão	
Televisão		Carro	
Outros - Especificar:		Carroça	
		Outros - Especificar:	

### OBSERVAÇÕES

**ANEXO II - Ficha B-GES Acompanhamento da Gestante**

FICHA B - GES		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA																				ANO [ ][ ][ ][ ]											
MUNICÍPIO				SEGMENTO			UNIDADE				ÁREA			MICROÁREA			NOME DO ACS:																
ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES																																	
Identificação da gestante		Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina				Estado Nutricional : D - Desnutrida N - Nutrida									Data da consulta de pré-natal									Fatores de risco			Resultado da gestação atual			Data da consulta de puerpério	
				1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9								
Nome:	Endereço:	OBS:	Mês de gestação												Mês de gestação									6 ou mais gestações	NV	NM	AB	1	2				
															Data da visita do ACS									Natimorto/Aborto						36 anos ou mais	Menos de 20 anos	Sangramento	Edema
Nome:	Endereço:	OBS:	Mês de gestação												Mês de gestação									6 ou mais gestações	NV	NM	AB	1	2				
															Data da visita do ACS									Natimorto/Aborto						36 anos ou mais	Menos de 20 anos	Sangramento	Edema
Nome:	Endereço:	OBS:	Mês de gestação												Mês de gestação									6 ou mais gestações	NV	NM	AB	1	2				
															Data da visita do ACS									Natimorto/Aborto						36 anos ou mais	Menos de 20 anos	Sangramento	Edema

**ANEXO III - Ficha B-DIA – Acompanhamento do Diabético**

FICHA B - DIA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA												ANO [ ][ ][ ][ ]			
MUNICÍPIO			SEGMENTO		UNIDADE			ÁREA		MICROÁREA		NOME DO ACS:					
<b>ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS</b>																	
Identificação		Sexo	Idade		Meses												Observações
					Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Nome:  Endereço:				Data da visita do ACS													
				Faz dieta													
				Faz exercícios físicos													
				Usa insulina													
				Toma hipoglicemiante oral													
				Data da última consulta													
Nome:  Endereço:				Data da visita do ACS													
				Faz dieta													
				Faz exercícios físicos													
				Usa insulina													
				Toma hipoglicemiante oral													
				Data da última consulta													
Nome:  Endereço:				Data da visita do ACS													
				Faz dieta													
				Faz exercícios físicos													
				Usa insulina													
				Toma hipoglicemiante oral													
				Data da última consulta													
Nome:  Endereço:				Data da visita do ACS													
				Faz dieta													
				Faz exercícios físicos													
				Usa insulina													
				Toma hipoglicemiante oral													
				Data da última consulta													



**ANEXO V - Ficha-TB – Ficha de Acompanhamento do usuário portador de Tuberculose**

FICHA B - TB		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA												ANO [ ][ ][ ][ ]				
MUNICÍPIO			SEGMENTO		UNIDADE			ÁREA		MICROÁREA			NOME DO ACS:					
<b>ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE</b>																		
Identificação			Sexo	Idade	Meses												Outras Informações	
					Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez		
Nome					Data da visita do ACS												Nº de Comunicantes	
Endereço					Toma medicação diária												Comunicantes < 5 anos	
					Reações indesejáveis													
					Data da última consulta													
					Exame de escarro													
					Comunicantes examinados													
					< 5 anos com BCG													
Nome					Data da visita do ACS												Nº de Comunicantes	
Endereço					Toma medicação diária												Comunicantes < 5 anos	
					Reações indesejáveis													
					Data da última consulta													
					Exame de escarro													
					Comunicantes examinados													
					< 5 anos com BCG													
Nome					Data da visita do ACS												Nº de Comunicantes	
Endereço					Toma medicação diária												Comunicantes < 5 anos	
					Reações indesejáveis													
					Data da última consulta													
					Exame de escarro													
					Comunicantes examinados													
					< 5 anos com BCG													

**ANEXO VI - Ficha-HAN – Ficha de Acompanhamento do Paciente portador de Hanseníase**

FICHA B - HAN		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA												ANO					
MUNICÍPIO			SEGMENTO		UNIDADE		ÁREA		MICROÁREA		NOME DO ACS:								
<b>ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENÍASE</b>																			
Identificação		Sexo	Idade		Meses												Outras Informações		
					Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez			
Nome	Endereço			Data da visita do ACS													Nº Comunicantes		
				Toma medicação diária															
				Data da última dose supervisionada															
				Faz auto-cuidados															
				Data da última consulta															
				Comunicantes examinados															
				Comunicantes que receberam BCG															
Nome	Endereço			Data da visita do ACS												Nº Comunicantes			
				Toma medicação diária															
				Data da última dose supervisionada															
				Faz auto-cuidados															
				Data da última consulta															
				Comunicantes examinados															
				Comunicantes que receberam BCG															
Nome	Endereço			Data da visita do ACS											Nº Comunicantes				
				Toma medicação diária															
				Data da última dose supervisionada															
				Faz auto-cuidados															
				Data da última consulta															
				Comunicantes examinados															
				Comunicantes que receberam BCG															

ANEXO VII - Ficha-C – Cartão da Criança







ANEXO IX - Relatório SSA2

Relatório SSA2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA								MÊS: [ ][ ]	ANO: [ ][ ][ ][ ]	
MUNICÍPIO (nome):		MUNICÍPIO (código): [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		SEGMENTO [ ][ ]		UNIDADE [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		ÁREA [ ][ ][ ]			
RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE											
MICROÁREA ⇨	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
<b>N</b>	<b>Nascidos vivos no mês</b>										
	RN pesados ao nascer										
	RN pesados ao nascer, com peso < 2500g										
	<b>De 0 a 3 meses ou 29 dias</b>										
	Aleitamento exclusivo										
<b>C</b>	Aleitamento misto										
<b>R</b>	<b>De 0 a 11 meses ou 29 dias</b>										
<b>I</b>	Com as vacinas em dia										
<b>A</b>	Pesadas										
<b>N</b>	Desnutridas										
<b>Ç</b>	<b>De 12 a 23 meses ou 29 dias</b>										
<b>A</b>	Com as vacinas em dia										
<b>S</b>	Pesadas										
	Desnutridas										
	<b>Menores de 2 anos</b>										
	Que tiveram diarreia										
	Que tiveram diarreia e usaram TRO										
	Que tiveram infecção respiratória aguda										
<b>G</b>	Cadastradas										
	Acompanhadas										
<b>E</b>	Com vacina em dia										
<b>S</b>	Fez consulta de pré-natal no mês										
<b>T</b>	Com pré-natal iniciado no 1º TRI										
	< 20 anos cadastradas										

MICROÁREA ⇄		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
	<b>Diabéticos</b>	Cadastrados										
		Acompanhados										
	<b>Hipertensos</b>	Cadastrados										
		Acompanhados										
	<b>Pessoas com</b>	Cadastradas										
	<b>Tuberculose</b>	Acompanhadas										
	<b>Pessoas com</b>	Cadastradas										
	<b>Hanseníase</b>	Acompanhadas										
<i>H</i>	Menores de 5 anos por pneumonia											
<i>O</i>	Menores de 5 anos por desidratação											
<i>S</i>	Por abuso de álcool											
<i>P</i>	Por complicações do Diabetes											
<i>I</i>	Por outras causas											
<i>T.</i>	<b>Total</b>											
	Internações em hospital psiquiátrico											
	<b>De menores de 28 dias</b>											
	Por diarreia											
	Por infecção respiratória aguda											
	Por outras causas											
	<b>De 28 dias a 11 meses ou 29 dias</b>											
	Por diarreia											
<i>O</i>	Por infecção respiratória											
<i>B</i>	Por outras causas											
<i>I</i>	<b>De menores de 1 ano</b>											
<i>T</i>	Por diarreia											
<i>O</i>	Por infecção respiratória											
<i>S</i>	Por outras causas											
	<b>De mulheres de 10 a 49 anos</b>											
	De 10 a 14 anos											
	De 15 a 49 anos											
	Outros óbitos											
	Total de óbitos											
	De adolescentes (10-19 anos) por violência											
	Total de famílias cadastradas											
	Visita domiciliar – ACS											



MODELO DE ATENÇÃO ⇨		PACS						PSF						GERAL					
ZONA ⇨		URBANA		RURAL		TOTAL		URBANA		RURAL		TOTAL		URBANA		RURAL		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	<b>Diabéticos</b>																		
	cadastrados																		
	acompanhados																		
	<b>Hipertensos</b>																		
	cadastrados																		
	acompanhados																		
	<b>Pessoas com</b>																		
	<b>Tuberculose</b>																		
	cadastradas																		
	acompanhadas																		
	<b>Pessoas com</b>																		
	<b>Hanseníase</b>																		
	cadastradas																		
	acompanhadas																		
<b>H</b>	Menores de 5 anos por pneumonia																		
<b>O</b>	Menores de 5 anos por desidratação																		
<b>S</b>	Por abuso de álcool																		
<b>P</b>	Por complicações do Diabetes																		
<b>I</b>	Por outras causas																		
<b>T</b>	<b>Total</b>																		
	Internações em hospital psiquiátrico																		
	<b>De menores de 28 dias</b>																		
	Por diarreia																		
	Por infecção respiratória aguda																		
	Por outras causas																		
	<b>De 28 dias a 11 meses ou 29 dias</b>																		
	Por diarreia																		
<b>O</b>	Por infecção respiratória																		
<b>B</b>	Por outras causas																		
<b>I</b>	<b>De menores de 1 ano</b>																		
<b>T</b>	Por diarreia																		
<b>O</b>	Por infecção respiratória																		
<b>S</b>	Por outras causas																		
	<b>De mulheres de 10 a 49 anos</b>																		
	De 10 a 14 anos																		
	De 15 a 49 anos																		
	<b>Outros óbitos</b>																		
	<b>Total de óbitos</b>																		
	<b>De adolescentes (10-19 anos) por violência</b>																		
	<b>Total de famílias cadastradas</b>																		
	<b>Visita domiciliar – ACS</b>																		



Doença ou Condição Referida		QUANTIDADE DE PESSOAS																									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	TOTAL
15 anos ou +	ALC																										
	CHA																										
	DEF																										
	DIA																										
	DME																										
	EPI																										
	GES																										
	HA																										
	HAN																										
	MAL																										
TBC																											
De 0 a 14 anos	ALC																										
	CHA																										
	DEF																										
	DIA																										
	DME																										
	EPI																										
	GES																										
	HA																										
	HAN																										
	MAL																										
TBC																											

**MORADIA E SANEAMENTO - QUANTIDADE DE FAMILIAS**

Tipo de Casa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	TOTAL	
Tijolos/Adobe																											
Taipa revestida																											
Taipa não revestida																											
Madeira																											
Material aproveitado																											
Outros																											
Energia Elétrica																											
<i>Destino do Lixo</i>																											
Coletado																											
Queimado/Enterrado																											
Céu Aberto																											
<i>Tratamento da Água no Domicílio</i>																											
Filtração																											
Fervura																											
Cloração																											
Sem Tratamento																											
<i>Abastecimento de Água</i>																											
Rede Pública																											
Poço ou Nascente																											
Outros																											
<i>Destino de Fezes e Urina</i>																											
Sistema de Esgoto																											
Fossa																											
Céu Aberto																											

**ANEXO XII - Relatório A2**

Relatório A2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			UF [ ] [ ]
MUNICÍPIO (nome)	MUNICÍPIO (código) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	SEGMENTO [ ] [ ]	ÁREA [ ] [ ] [ ] [ ]	ANO [ ] [ ] [ ] [ ]

**CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR ÁREA**

SEXO	FAIXA ETÁRIA	MICROÁREA										TOTAL
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
M	<1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 ou mais											
	<b>SUB-TOTAL</b>											
F	<1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 ou mais											
	<b>SUB-TOTAL</b>											
<b>TOTAL</b>												

	Nº	%
Famílias cadastradas		
Pessoas cadastradas		
Pessoas com cobertura de Plano de saúde		

	Nº	%
Crianças de 7 - 14 anos		
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos ou mais		
Pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
<b>ENERGIA ELÉTRICA</b>		
<b>DESTINO DO LIXO</b>	Nº	%
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
<b>ÁGUA UTILIZADA</b>	Nº	%
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
<b>DESTINO DE FEZES/URINA</b>	Nº	%
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		

DOENÇAS OU CONDIÇÕES REFERIDAS		MICROÁREA										TOTAL
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
A	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
C	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
H	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
D	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
D	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
D	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
E	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
E	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
G	10 a 19 anos											
	20 anos ou mais											
	TOTAL											
H	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
H	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
M	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
T	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											
	0 a 14 anos											
	15 anos ou mais											
	TOTAL											

**ANEXOIII – Relatório A3**

Relatório A3	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA			UF <input type="text"/>
MUNICÍPIO (nome)	MUNICÍPIO (código)	SEGMENTO	ANO	

**CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS POR SEGMENTO TERRITORIAL**

SEXO	FAIXA ETÁRIA	ÁREA										TOTAL
<i>M</i>	< 1											
	1 - 4											
	<i>A</i>	5 - 6										
	<i>S</i>	7 - 9										
	<i>C</i>	10 - 14										
	<i>U</i>	15 - 19										
	<i>L</i>	20 - 39										
	<i>I</i>	40 - 49										
	<i>N</i>	50 - 59										
	<i>O</i>	60 ou mais										
	SUB-TOTAL											
<i>F</i>	< 1											
	1 - 4											
	<i>E</i>	5 - 6										
	<i>M</i>	7 - 9										
	<i>I</i>	10 - 14										
	<i>N</i>	15 - 19										
	<i>I</i>	20 - 39										
	<i>N</i>	40 - 49										
	<i>O</i>	50 - 59										
		60 ou mais										
	SUB-TOTAL											
<b>TOTAL</b>												

	Nº	%
Famílias cadastradas		
Pessoas cadastradas		
Pessoas com cobertura de Plano de saúde		

	Nº	%
Crianças de 7 - 14 anos		
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos ou mais		
Pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
ENERGIA ELÉTRICA		
DESTINO DO LIXO	Nº	%
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
ÁGUA UTILIZADA	Nº	%
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
DESTINO DE FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		

DOENÇAS OU CONDIÇÕES REFERIDAS		AREA									TOTAL
<i>A</i>	0 a 14 anos										
<i>L</i>	15 anos ou mais										
<i>C</i>	TOTAL										
<i>C</i>	0 a 14 anos										
<i>H</i>	15 anos ou mais										
<i>A</i>	TOTAL										
<i>D</i>	0 a 14 anos										
<i>E</i>	15 anos ou mais										
<i>F</i>	TOTAL										
<i>D</i>	0 a 14 anos										
<i>I</i>	15 anos ou mais										
<i>A</i>	TOTAL										
<i>D</i>	0 a 14 anos										
<i>M</i>	15 anos ou mais										
<i>E</i>	TOTAL										
<i>E</i>	0 a 14 anos										
<i>P</i>	15 anos ou mais										
<i>I</i>	TOTAL										
<i>G</i>	10 a 19 anos										
<i>E</i>	20 anos ou mais										
<i>S</i>	TOTAL										
<i>H</i>	0 a 14 anos										
<i>A</i>	15 anos ou mais										
	TOTAL										
<i>H</i>	0 a 14 anos										
<i>A</i>	15 anos ou mais										
<i>N</i>	TOTAL										
<i>M</i>	0 a 14 anos										
<i>A</i>	15 anos ou mais										
<i>L</i>	TOTAL										
<i>T</i>	0 a 14 anos										
<i>B</i>	15 anos ou mais										
	TOTAL										
	0 a 14 anos										
	15 anos ou mais										
	TOTAL										
	0 a 14 anos										
	15 anos ou mais										
	TOTAL										

**ANEXO XIV – Relatório A4**

Relatório A4	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA		UF [ ][ ]
MUNICÍPIO (nome)	MUNICÍPIO (código)	ZONA <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> RURAL	ANO [ ][ ][ ][ ]

**CONSOLIDADO ANUAL DAS FAMILIAS CADASTRADAS POR MUNICÍPIO**

SEXO	FAIXA ETÁRIA	SEGMENTO TERRITORIAL										TOTAL
M	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 ou mais											
SUB-TOTAL												
F	< 1											
	1 - 4											
	5 - 6											
	7 - 9											
	10 - 14											
	15 - 19											
	20 - 39											
	40 - 49											
	50 - 59											
	60 ou mais											
SUB-TOTAL												
TOTAL												

	Nº	%
Famílias estimadas		
Famílias cadastradas		
População		
Pessoas cadastradas		
Pessoas com cobertura de Plano de saúde		

	Nº	%
Crianças de 7 - 14 anos		
Crianças de 7 a 14 anos na escola		
Pessoas de 15 anos ou mais		
Pessoas de 15 anos ou mais alfabetizadas		

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe		
Taipa revestida		
Taipa não revestida		
Madeira		
Material aproveitado		
Outros		
ENERGIA ELETRICA		
DESTINO DO LIXO	Nº	%
Coletado		
Queimado/Enterrado		
Céu aberto		

TRATAMENTO DA ÁGUA	Nº	%
Filtração		
Fervura		
Cloração		
Sem tratamento		
AGUA UTILIZADA	Nº	%
Rede pública		
Poço ou nascente		
Outros		
DESTINO DE FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de esgoto		
Fossa		
Céu aberto		

**ANEXO XV - Relatório PMA2**

Relatório PMA2	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO
_____	___	_____	___	___	_____
<b>RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO</b>					

ATIVIDADES/ PRODUÇÃO	
C O N S M É D I C A	residentes fora da área de abrangência
	< 1
	1 - 4
	Residentes na área de abrangência da equipe
	5 - 9
	10 - 14
	15 - 19
	20 - 39
	40 - 49
	50 - 59
60 ou mais	
Total	
Total geral de consultas	
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura
	Pré-Natal
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino
	DST/AIDS
	Diabetes
	Hipertensão Arterial
	Hanseníase
	Tuberculose
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica
	Radiodiagnóstico
	Citopatológico cérvico-vaginal
	Ultrassonografia obstétrica
	Outros
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado
	Internação Hospitalar
	Urgência/Emergência
Internação Domiciliar	
P R O C E D I M E N T O S	Atendimento específico para AT
	Visita de Inspeção Sanitária
	Atend. individual Enfermeiro
	Atend. individual outros prof. nível superior
	Curativos
	Inalações
	Injeções
	Retirada de pontos
	Terapia da Reidratação Oral
	Sutura
	Atend. Grupo - Educação em Saúde
	Procedimentos Coletivos I (PC I)
	Reuniões

MARCADORES	
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma <i>in situ</i> )	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações do Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	

VISITAS DOMICILIARES	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS	
Total	

**ANEXO XVI - Relatório PMA4**

Relatório PMA4		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						UF <input type="text"/>		
MUNICÍPIO (nome):			MUNICÍPIO (código): <input type="text"/>			MÊS <input type="text"/>		ANO <input type="text"/>		
RELATORIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO										
MODELO DE ATENÇÃO ⇄		PACS			PSF			OUTROS	GERAL	
ZONA ⇄		URBANA	RURAL	TOTAL	URBANA	RURAL	TOTAL			
C O N S M É D I C A	residentes fora das áreas de abrangência									
	Residentes nas áreas de abrangência das equipes	< 1								
		1 - 4								
		5 - 9								
		10 - 14								
		15 - 19								
		20 - 39								
		40 - 49								
		50 - 59								
	60 ou mais									
Total										
Total geral de consultas										
Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Tipo de									
	Puericultura									
	Pré-Natal									
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino									
	DST/AIDS									
	Diabetes									
	Hipertensão Arterial									
Solicitação médica de exames complementares	Hanseníase									
	Tuberculose									
	Patologia Clínica									
	Radiodiagnóstico									
	Citopatológico cérvico-vaginal									
Encaminhamentos médicos	Ultrassonografia obstétrica									
	Outros									
	Atend. Especializado									
Internação Hospitalar										
Urgência/Emergência										
Internação Domiciliar										
P	Atendimento específico para AT									
R	Visita de Inspeção Sanitária									
O	Atend. individual Enfermeiro									
C	Atend. individual outros prof. nível superior									
E	Curativos									
D	Inalações									
I	Injeções									
M	Retirada de pontos									
E	Terapia da Reidratação Oral									
N	Sutura									
T	Atend. Grupo - Educação em Saúde									
O	Procedimentos Coletivos I (PC I)									
S	Reuniões									

Relatório PMA4	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA						UF	_ _	
MUNICÍPIO (nome):			MUNICÍPIO (código):  _ _ _ _ _ _ _ _			MÊS	_ _		ANO
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO									
MODELO DE ATENÇÃO ⇔	PACS			PSF			OUTROS	GERAL	
ZONA ⇔	URBANA	RURAL	TOTAL	URBAN	RURAL	TOTAL			
MARCADORES									
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos									
Acidente Vascular Cerebral									
Infarto Agudo do Miocárdio									
DHEG (forma grave)									
Doença Hemolítica Perinatal									
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos									
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos									
Hanseníase com grau de incapacidade II e III									
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma <i>in situ</i> )									
RN com peso < 2500g									
Gravidez em < 20 anos									
Pneumonia em < 5 anos									
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia									
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação									
Hospitalizações por abuso de álcool									
Hospitalizações por complicações do Diabetes									
Hospitalizações por qualquer causa									
Internações em Hospital Psiquiátrico									
Óbitos em < 1 ano por todas as causas									
Óbitos em < 1 ano por diarreia									
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória									
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos									
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência									

MODELO DE ATENÇÃO ⇔	PACS			PSF			OUTROS	GERAL
ZONA ⇔	URBANA	RURAL	TOTAL	URBAN	RURAL	TOTAL		
VISITAS DOMICILIARES								
Médico								
Enfermeiro								
Outros profissionais de nível superior								
Profissional de nível médio								
ACS								
Total								

Siqueira, Enoque Alves de

Sistema de Informação da Atenção Básica –Instrumento de Diagnóstico e Planejamento / Enoque Alves de Siqueira / Barbacena/MG, 2010.

55 f.:

Barbacena/MG, 2010.

Monografia (Sistema de Informação da Atenção Básica – Instrumento de Diagnóstico e Planejamento) Universidade Aberta do Brasil.

Bibliografia: f. 50-51.

Orientador: Profº Horácio Faria.

Endereço eletrônico: [enoque.siqueira@uol.com.br](mailto:enoque.siqueira@uol.com.br)