

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA:
TRILHANDO CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Luana Pozzer

**Santa Maria, RS, Brasil
2016**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA:
TRILHANDO CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

Luana Pozzer

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, Área de Concentração em Promoção e Tecnologia em Saúde, na linha de pesquisa Promoção da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências da Saúde**.

Orientadora: Marinel Mór Dall’Agnol

**Santa Maria, RS, Brasil
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA

Pozzer, Luana

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA:
TRILHANDO CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE
TRABALHO EM SAÚDE / Luana Pozzer.- 2016.

50 p.; 30 cm

Orientadora: Marinel Mór Dall'Agnol

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal
de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, RS,
2016

1. Sistema de Informação da Atenção Básica I.
Mór Dall'Agnol, Marinel II. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA:
TRILHANDO CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO
PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

Elaborada por
Luana Pozzer
como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências da Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Marinel Mór Dall’Agnol, Dr.^a.
(Presidenta/Orientadora) Departamento saúde e Comunidade/UFSM

Liziane Maahs Flores, Dr.^a.
UFSM/Departamento Saúde e Comunidade/UFSM

Vânia Fighera Olivo, Dr.^a. (SMS)
UFSM/SMS

Angela Regina Maciel Weinmann, Dr.^a (UFSM)
(Suplente) Departamento de Pediatria/UFSM

Santa Maria, 20 de julho de 2016

À minha mãe, por não medir esforços para me apoiar. Tenha a certeza que cheguei até aqui graças ao seu exemplo de persistência e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por iluminar o meu caminho e guiar meus passos. Cada aprendizado, cada conquista só foi possível graças à fé que me fortalece e me renova a cada dia.

Ao meu namorado Igor, pela compreensão, apoio e incentivo diário. Obrigada por vivenciar comigo todos os momentos da tão sonhada dissertação e acreditar em mim.

À minha família, pelo apoio e incentivo, em especial aos meus tios Mari e Régis, meu afilhado João Gabriel e minha prima Raíssa, pelas palavras de carinho.

À minha professora querida, Marinel, pela oportunidade de aprender e crescer profissionalmente e como pessoa, pois além de orientadora, considero-a uma grande amiga. Obrigada pela compreensão e carinho nos momentos difíceis da vida. A cada dia que passa gosto mais da Epidemiologia.

À Residência Multiprofissional em Saúde da UFSM por ter aberto caminhos para o meu aprendizado profissional.

À minha preceptora da Vigilância Epidemiológica do município de Santa Maria, Luciane Ramos, por ter me apresentado à Epidemiologia.

Aos Bolsistas do EPICENTRO por toda dedicação que tiveram para que o projeto fosse realizado e efetivado, em especial Betânia e Laís, que sempre me ajudaram em todos os momentos da pesquisa.

À minha equipe da ESF Fortuna do município de Sapucaia do Sul, que a cada dia me apoiaram e incentivaram o meu crescimento profissional.

Às minhas amigas, Andrea, Tina e Daniela, pelo companheirismo e união em mais essa etapa. Obrigada pela amizade de vocês!

À minha amiga Marilian que me fez rever a vida com outros olhos e me mostrou que devemos viver um dia de cada vez!

À banca examinadora por ter aceitado avaliar esta dissertação e contribuir na melhoria e qualidade do trabalho.

Recebe da Divina Providência o tesouro das horas, o apoio do conhecimento, a possibilidade de agir, o benefício do relacionamento, mas a formação da oportunidade para que te realizes nas próprias esperanças depende de ti.

Por isso, não te aconselhes com a facilidade humana para a solução dos problemas que te inquietam a alma.

Realização pede trabalho.

Vitória exige luta.

APRESENTAÇÃO

Este volume contém a dissertação de Luana Pozzer, que analisa as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para descrever a atenção primária prestada no município de Santa Maria, RS, no período de 2012. A escolha do tema da dissertação deu-se devido à vivência da autora enquanto residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFSM na área de Concentração Vigilância em Saúde, no período de março de 2012 a setembro de 2013. O estágio no setor de Vigilância Epidemiológica do município de Santa Maria proporcionou o manuseio e conhecimento da utilização dos dados gerados pelos Sistemas de Informação em Saúde.

A Atenção Básica do município de Santa Maria era composta por 14 Unidades Básicas de Saúde, cinco Unidades Distritais e 14 Estratégias de Saúde da Família (na época da coleta de dados do estudo). O SIAB é um sistema desenvolvido pelo DATASUS, que tem como objetivo produzir dados, agregar e armazenar as informações sobre os serviços do SUS. É parte fundamental do trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois consegue traçar o perfil epidemiológico da comunidade, além das intervenções realizadas pelos seus profissionais (BRASIL, 2000). As informações são coletadas pela equipe da ESF em 11 fichas em papel, que são posteriormente totalizadas e os resultados digitados no sistema. A Ficha A destina-se ao cadastramento das famílias (Anexo A1). As fichas B de Hipertensos (Anexo A2), Diabéticos (Anexo A3), Gestantes (Anexo A4), Hanseníase (Anexo A5), Tuberculose (Anexo A6) servem ao acompanhamento das famílias e a Ficha C, ao acompanhamento das crianças (Anexo A7). Estas são preenchidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), segundo as visitas domiciliares. A Ficha D registra as atividades e procedimentos desenvolvidos nas unidades de saúde (Anexo A8). O relatório Situação de Saúde da Área (SSA) representa a situação de saúde e acompanhamento das famílias (Anexo A9). O relatório PMA2 e PMA2 Complementar (Produção de Marcadores em Saúde) totalizam a produção e marcadores para avaliação (Anexo A10 e 11). A Ficha D e os relatórios são preenchidos pela equipe (enfermeiro, médico, etc.), captando o trabalho dentro da ESF.

O formato deste volume segue o modelo indicado pelo Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, correspondendo ao manual de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) adaptado. Após os elementos pré-textuais, apresenta-se um artigo científico original, com os resultados da pesquisa que se encontra registrada no Sistema de Informações Educacionais, sob o número 034334 (Anexo B). O texto será submetido à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, uma publicação da Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde com Qualis B2 na área interdisciplinar, cujas normas encontram-se no Anexo C. Por fins didáticos, na redação desta dissertação serão citados e apresentados os Anexos que mostram as fichas de onde os dados são extraídos para digitação no SIAB. Entretanto, na versão do artigo a ser enviado para a revista, estes anexos não serão apresentados, devido a limitação do número de figuras estabelecido, sendo citado apenas como referência bibliográfica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores de monitoramento do PMAQ referentes à saúde materno-infantil segundo variáveis do SIAB.

Tabela 2 - Indicadores de monitoramento do PMAQ referentes a consultas na unidade básica de saúde, segundo variáveis do SIAB.

Tabela 3 - Indicadores de monitoramento do PMAQ referentes a consultas na unidade básica de saúde, segundo variáveis do SIAB. Santa Maria, RS, 2012.2.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Desempenho dos indicadores do SIAB.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMA2 – Produção em Marcadores em Saúde

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SSA2 – Situação de Saúde da Área

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

FICHA CATALOGRÁFICA	3
AGRADECIMENTOS	6
APRESENTAÇÃO	8
Lista de tabelas	9
Lista de Quadros	9
Lista de Siglas	9
SUMÁRIO	10
Resumo	11
Abstract	12
Introdução	13
Materiais e Métodos	14
Resultados	18
Discussão	23
Referências	27
ANEXOS	29
Anexo A1 – Ficha A – Cadastro das Famílias	29
Anexo A2 – Ficha B – Acompanhamento de Hipertensos	32
Anexo A3 – Ficha B – Acompanhamento de Diabéticos	33
Anexo A4 – Ficha B – Acompanhamento de Gestantes	34
Anexo A5 – Ficha B – Acompanhamento de Pessoas com Hanseníase	35
Anexo A6 – Ficha B – Acompanhamento de Pessoas com Tuberculose	36
Anexo A7 – Ficha C – Acompanhamento das Crianças	37
Anexo A8 – Ficha D – Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações	38
Anexo A9 – Situação da Saúde e Acompanhamento das Famílias	42
Anexo A10 – Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação	44
Anexo A11 – Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação – Ficha Complementar	46
Anexo B – Registro do projeto de pesquisa no gabinete de apoio a projetos da ufsm	47
Anexo C – Normas de Publicação da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde	49

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: TRILHANDO CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Information System of Primary Care: Treading paths to the process of construction of health work

Luana Pozzer: UFSM, pozzerluana@gmail.com Telefone: (55) 97064016

Marinel Mór Dall'Agnol: Professora Adjunta – Médica Epidemiologista- Departamento de Saúde da Comunidade UFSM, Telefone: (55) 32209370 marinelmd@terra.com.br

RESUMO

Objetivo: Este estudo busca traçar o perfil epidemiológico da Atenção Básica do município de Santa Maria no ano de 2012, a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). **Método:** Trata-se de um estudo ecológico das variáveis que compõem o SIAB e fazem parte do instrumento de monitoramento do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), disponíveis no DATASUS. A adequação do indicador foi avaliada comparando com a meta estabelecida pelo PMAQ e limítrofe quando distava 10% desta. Uma apresentação gráfica dos resultados em quadro com cores é proposta. **Resultados:** Apenas os relacionados ao período gestacional e às crianças foram considerados limítrofes ou adequados. Os demais, relacionados a doenças infectocontagiosas, doenças crônicas não transmissíveis e saúde mental, foram inadequados ou não estavam disponíveis. A desatualização dos dados foi uma dificuldade, ou seja, estava disponível apenas um mês para alguns indicadores. **Conclusão:** A ausência de informações no SIAB não permite conhecer a atenção básica prestada em Santa Maria. Os dados existentes mostram indícios da inadequação desta atenção. A falta de entendimento dos atores envolvidos sobre a importância da atualização destes dados e o que significam para o processo de trabalho em saúde pode ser o determinante do sub-registro. Para a implantação adequada de um novo sistema de informação como o E-SUS, é preciso compreender o uso e deficiências dos preexistentes, como o SIAB, para que este seja efetivo no monitoramento das políticas e serviços de saúde. **Palavras-chave:** Saúde da Família; Sistema de Informação em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: This study aims to trace the epidemiological profile of Primary Health Care in the town of Santa Maria in the year 2012, from the Primary Health Care Information System (PHCIS). **Method:** It was employed an ecological study of the variables that compose the PHCIS and take part in the monitoring instrument of the PMAQ available in DATASUS. **Results:** Data related to the pregnancy stage and to the children were considered insufficient and some appropriate when compared to the established goal. The others, related to infectious diseases, chronic diseases and mental health, were considered inadequate or unavailable. Another significant difficulty is the lack or not updated data, in other words, referring only to a month to some indicators, which obstruct their computation. **Conclusion:** It has been obtained as a hypothesis a lack of understanding from de evolved ones on the importance of updating these data and what they mean to the health work process. This information is very useful when thinking about planning, executing, evaluating and monitoring health actions. In order to have a new integrated information system in health working properly it is necessary to understand the background to, in that way, succeed in the proposals that it offers.

Keywords: Family Health; Health Information System; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O presente estudo teve por objetivo traçar o perfil epidemiológico da Atenção Básica em Saúde prestada no município de Santa Maria, RS, a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Ao mesmo tempo, propõe uma forma de apresentação dos indicadores de saúde mais didática, isto é, de mais fácil visualização e compreensão, para subsidiar a análise e monitoramento da situação de saúde pelas equipes e os gestores de saúde.

A Atenção Básica (AB) é o primeiro nível de atenção à saúde, tem como objetivo a integralidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde, no seu contexto individual e coletivo. Assim, caracteriza-se por compreender ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação¹. O SIAB foi criado para monitorar e avaliar as ações e serviços prestados na AB, em 1998². Ele é composto por fichas e relatórios preenchidos a partir das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como dos atendimentos realizados pelos profissionais que compõem as Estratégias de Saúde da Família (ESF Inclui 11 fichas preenchidas em papel, cujas informações são digitadas no SIAB.

As informações produzidas pelo SIAB possibilitam que a Equipe de Saúde da Família conheça o perfil epidemiológico da população, além de avaliar as atividades realizadas, para auxiliar no processo de gerenciamento das ações em saúde². Nesse sentido, também retroalimentam o profissional de saúde sobre o resultado da sua atuação, subsidiando a construção individual e coletiva do processo de trabalho das equipes, vindo a contribuir na coordenação do cuidado em saúde³.

Este sistema inseriu-se no contexto de reorganização do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), pois possui a capacidade de espacializar os problemas de saúde e avaliar suas intervenções, além de produzir indicadores para identificar os problemas prevalentes e consolidar as informações, a partir de níveis menos agregados para os mais agregados⁴. A epidemiologia tem sido base para a construção destes indicadores, visando estabelecer estratégias e tecnologias pertinentes⁵.

Em 2011, soma-se a este contexto o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que tem como princípio fundamental garantir um padrão de qualidade, transparência e efetividade das ações da AB, comparando-a em seus níveis locais, regionais e nacionais. Este programa compreende indicadores de monitoramento e desempenho. Neste estudo, optou-se por avaliar os indicadores de monitoramento do

PMAQ, que têm como fonte de dados o SIAB. Esta opção ocorreu porque eles são acompanhados de forma regular pelo Ministério da Saúde e estão relacionados à oferta de serviços e resultados alcançados por equipe. Os indicadores de monitoramento selecionados são relacionados às principais estratégias da AB: pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, saúde da criança, controle de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus, saúde bucal, saúde mental e doenças transmissíveis⁶.

O E-SUS vem sendo implantado com a proposta de substituir o SIAB, para reestruturar as ações da AB e melhorar o acompanhamento da gestão. Consiste no registro informatizado de cada ação realizada no âmbito do SUS com o intuito de facilitar o trabalho dos profissionais de saúde, através de um registro de cada usuário, identificado pelo Cartão Nacional de Saúde. Esta iniciativa vem tentar resolver um dos nós críticos do SUS que é a dificuldade de análise e divulgação das informações em saúde, seja para os serviços ou para a população. O E-SUS pretende facilitar a utilização dos dados epidemiológicos, pois muitas vezes estes são apenas alimentados nos Sistemas de Informação⁷. Assim, vem somar-se aos demais sistemas de informação, propondo uma interface entre eles e facilitando o acesso aos diferentes níveis de atenção em saúde.

Entretanto, a análises dos dados do sistema anterior, o SIAB, faz-se necessária para evidenciar suas potencialidades e deficiências, trazendo subsídios para a adequada implantação do novo sistema de informação, o E-SUS.

Estudos evidenciam a discreta utilização do SIAB pelas equipes, que por sua vez, focam-se apenas na atualização de dados ou produção de relatórios mensais⁸. Destaca-se também, que se utilizado adequadamente, este sistema permite atuar na avaliação, monitoramento e planejamento de ações na Atenção Básica⁹. Esta pouca utilização não se limita aos SIAB. O conteúdo de todos os bancos informatizados sobre a saúde ainda é pouco explorado. A escassez de publicações científicas com esta fonte é um reflexo deste contexto, o que chama atenção, diante da vasta coleção de dados informatizados do SUS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este foi um estudo epidemiológico do tipo ecológico das variáveis que compõem o SIAB e que fazem parte do instrumento de monitoramento do PMAQ. Abrangeu a população

cadastrada nas ESF do município de Santa Maria e os serviços nelas prestados, no ano de 2012. Foram utilizados dados secundários do SIAB, disponibilizados no DATASUS, o qual é de domínio público. Os dados foram coletados no mês de maio de 2013, mas referem-se a todo o ano de 2012.

Estas informações devem demonstrar a realidade das ESF do município de Santa Maria que correspondia somente a 21,04% de cobertura populacional, no período da coleta de dados⁸. A Atenção Básica do município de Santa Maria era composta por 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS) urbanas, quatro UBS Distritais (rurais) e 14 Estratégias de Saúde da Família (destas, três são rurais). O município conta com 15 equipes de ESF: duas unidades têm equipe dupla e uma equipe atende duas unidades rurais.

Os dados coletados do SIAB são gerados a partir das fichas preenchidas pelas equipes de AB. A Ficha A apresenta o cadastro das famílias, a situação de saúde da população e o acompanhamento de fatores de risco. Estes dois últimos itens encontram-se também na Ficha B que registra o acompanhamento de hipertensos, diabéticos, gestantes, portadores de hanseníase e de tuberculose. A Ficha C registra o acompanhamento das crianças (espelho da Caderneta da Criança). Estas fichas são preenchidas pelo ACS, mostrando o acompanhamento das pessoas na comunidade. As demais fichas são preenchidas pela equipe, utilizando dados das fichas anteriores e incluindo os atendimentos realizados dentro da unidade. Na Ficha D, são registrados atividades, procedimentos e notificações de agravos. Por fim, os Relatórios de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias da Área (SSA2) e de Produção e Marcadores para Avaliação (PMA2 e PMA2 Complementar) totalizam os dados de todas as atividades².

A seguir são descritos estes indicadores, sua composição e a fonte de informação, que é apresentada entre parênteses²:

- Proporção de gestantes cadastradas: número de gestantes cadastradas pela equipe de AB (SSA2), sobre o número de gestantes estimadas na área de equipe (Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC), multiplicada por 100.

- Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares: razão entre o número de gestantes acompanhadas pelos ACS em visitas domiciliares sobre o total de gestantes cadastradas na ESF (SSA2), multiplicado por 100.

- Média de atendimentos por gestante cadastrada: número de atendimentos de pré-natal por médico ou enfermeiro (PMA2), sobre o número de gestantes cadastradas nas ESF (SSA2).

- Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre: Número de gestantes acompanhadas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (SSA2), sobre o total de gestantes cadastradas nas ESF (SSA2), multiplicado por 100.

- Proporção de gestantes com pré-natal no mês: número de gestantes que fez consulta de pré-natal no mês (SSA2), sobre o total de gestantes cadastradas, na ESF (SSA2), multiplicado por 100.

- Proporção de gestantes com vacina em dia: número de gestantes com vacina em dia (SSA2), sobre o número de gestantes cadastradas na ESF (SSA2), multiplicado por 100.

- Razão entre exames citopatológicos do colo do útero: número de exames citopatológicos do colo do útero (PMA2), sobre a população feminina cadastrada na faixa etária de 15 anos ou mais na ESF (Ficha A).

- Média de atendimentos de puericultura: número de atendimentos de puericultura (médico e enfermeiro) para menores de dois anos (PMA2), sobre o número de menores de dois anos acompanhados na ESF (SSA2).

- Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo: número de menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo (SSA2), sobre o número de menores de quatro meses na ESF (SSA2), multiplicado por 100.

- Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia: número de menores de um ano com vacina em dia (SSA2), sobre o número de menores de um ano acompanhados na ESF (SSA2), multiplicado por 100.

- Proporção de crianças menores de dois anos pesadas: número de menores de dois anos pesadas (SSA2), sobre o número de menores de dois anos acompanhados na ESF (SSA2), multiplicado por 100.

- Média de consultas médicas para menores de um ano: número de consultas médicas para menores de um ano (PMA2), sobre o número de menores de um ano acompanhados na ESF (SSA2).

- Média de consultas médicas para menores de cinco anos: número de consultas médicas para menores de cinco anos (PMA2), sobre o número de menores de cinco anos acompanhados na ESF (SSA2).

- Proporção de crianças com baixo peso ao nascer: número de crianças com peso ao nascer menor que 2.500g, sobre o número de nascidos vivos na ESF (SSA2), multiplicado por 100.

- Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio: número de crianças menores de um ano acompanhadas (SSA2), sobre o número de crianças menores de um ano cadastradas na ESF (Ficha A), multiplicado por 100.

- Cobertura de crianças menores de cinco anos no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): número de menores de cinco anos com estado nutricional acompanhados no SISVAN (disponível no DATASUS), sobre o número de menores de cinco anos cadastrados na ESF (Ficha A), multiplicado por 100.

- Proporção de diabéticos cadastrados: número de diabéticos cadastrados (SSA2), sobre o número estimado de diabéticos de 15 anos ou mais na ESF (estimativa do PNAD 2008 e Ficha A), multiplicado por 100.

- Proporção de hipertensos cadastrados: número de hipertensos cadastrados (SSA2), sobre o número estimado de hipertensos de 15 anos ou mais na ESF (estimativa do PNAD 2008 e Ficha A), multiplicado por 100.

- Média de atendimentos por diabéticos: número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com diabetes (PMA2), sobre o número de pessoas com diabetes cadastrados na ESF (SSA2).

- Média de atendimentos por hipertensos: número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com hipertensão arterial (PMA2), sobre o número de pessoas com hipertensão arterial cadastrada na ESF (SSA2).

- Média de atendimentos de tuberculose: número de atendimentos médicos e de enfermeiro para pessoas com tuberculose (PMA2), sobre o número de pessoas com tuberculose cadastradas na ESF (SSA2).

- Média de atendimentos de hanseníase: número de atendimentos de médico e de enfermeiro para pessoas com hanseníase (PMA2), sobre o número de pessoas com hanseníase cadastradas na ESF (SSA2).

- Proporção de atendimentos em Saúde Mental exceto usuários de álcool e drogas: número de atendimentos em Saúde Mental (PMA2-Complementar), sobre o número total de atendimentos de médico e de enfermeiro na ESF (PMA2 e PMA2-Complementar), multiplicado por 100.

- Proporção de atendimentos de usuários de álcool: número de atendimentos de usuário de álcool (PMA2-Complementar), sobre o número total de atendimentos de médico e de enfermeiro na ESF (PMA2 e PMA2-Complementar), multiplicado por 100.

- Proporção de atendimentos de usuários de drogas: número de atendimentos de usuário de drogas (PMA2-Complementar), sobre o número total de atendimentos de médico e de enfermeiro na ESF (PMA2 e PMA2-Complementar), multiplicado por 100.

- Taxa de prevalência de alcoolismo: número de alcoolistas cadastrados na população de 15 anos ou mais (Ficha A), sobre o número de pessoas de 15 anos ou mais cadastradas na ESF (Ficha A), multiplicado por 100.

Optou-se por não utilizar dados da Saúde Bucal, pois algumas unidades de saúde não possuíam cirurgião-dentista.

Para descrição dos indicadores, eles foram agrupados em relacionados à saúde das gestantes, das crianças, de diabéticos, de hipertensos, de portadores de tuberculose, de Hanseníase e saúde mental, incluindo uso de álcool e outras drogas.

RESULTADOS

A avaliação dos indicadores relacionados à saúde da gestante restringe-se a análises sobre aquelas cadastradas pelos ACS. Não foi possível identificar a proporção de gestantes cadastradas, pois o acesso ao SINASC estava restrito, impedindo o cálculo deste indicador. Em 2012, os ACS cadastraram 2.292 gestantes, sendo que, destas, 91% foram acompanhadas por eles e 80,7% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Das 2.084 gestantes acompanhadas, 87,5% haviam realizado consulta de pré-natal no mês. A proporção de gestantes com vacina em dia foi 83,8% no ano. (Tabela 1) A média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada foi 1,3 consultas no ano (Tabela 3).

Os indicadores relacionados à saúde da criança mostraram que a proporção baixo peso ao nascer foi 14% (n=62) entre os nascidos vivos que foram pesados na unidade (n=432). Entretanto, há registro de 439 nascidos vivos e 5.243 menores de 1 ano. A proporção de crianças menores de quatro meses em aleitamento materno exclusivo foi 68,3%, dentre 1.642 crianças desta idade. As vacinas estavam em dia para 90,7% das crianças menores de um ano.

(Tabela 2) A média de consultas médicas para menores de um ano foi menos de uma consulta ao ano (Tabela 3).

Houve 2.508 atendimentos por médico ou enfermeiro de puericultura que se destinam a crianças menores de 2 anos. Isto significa a média de menos de uma consulta de puericultura por criança ao ano (Tabela 3). Ao mesmo tempo, a proporção de crianças menores de dois anos pesadas foi 79,1% (Tabela 2). Observa-se uma inconsistência entre os denominadores destes dois indicadores, isto é, o número de crianças menores de 2 anos cadastradas é 10.443 para puericultura e 5.200 para crianças pesadas.

Os usuários diabéticos e os hipertensos tiveram menos de uma consulta com médico ou enfermeiro no ano, sendo que o preconizado é de três e duas consultas, respectivamente. A média de atendimentos a portadores de hanseníase e tuberculose também foi inferior a uma consulta com médico ou enfermeiro no ano (Tabela 3).

Os indicadores referentes à Saúde Mental, a proporção de atendimentos devido à sofrimento psíquico, usuários de álcool e outras drogas, não estavam disponíveis no site do DATASUS até maio de 2013.

O Quadro 1 apresenta o desempenho dos indicadores selecionados para a avaliação da atenção básica, mostrando seus resultados e a adequação destes, além da disponibilidade de dados no sistema de informação. Dos 26 indicadores previstos, 15 (58%) estavam disponíveis no DATASUS para análise. Apenas um (4%) foi considerado adequado, 23% (n=6) estavam limítrofes, divergindo da meta em até 10% e 27% (n=7) estavam inadequados, quando comparados com a meta estabelecida. Não foi encontrada na literatura a meta para fins de comparação da média de consultas médicas para menores de 1 ano.

Dessa forma, a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre estava adequada e a de gestantes acompanhadas era elevado, mas limítrofe (91%, quando a meta é 100%). As proporções de gestantes com pré-natal no mês e com vacinas em dia também estavam limítrofes. Em relação à saúde da criança, a proporção de menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo, de menores de um ano com vacina em dia e de menores de 2 anos pesados estavam limítrofes. A proporção de crianças com baixo peso ao nascer estava elevada (14%), porém há inconsistência no número de nascidos vivos.

Os demais indicadores inadequados são relativos às médias de consultas nas unidades, para pré-natal, puericultura, diabéticos, hipertensos, portadores de tuberculose e de hanseníase que foram muito inferiores às metas. A média de consultas de pré-natal foi 1,33, enquanto o

preconizado são 7 consultas. Para as demais situações a média foi inferior a uma consulta ao ano.

Observa-se que não foi possível conhecer quase a metade (n=11) dos indicadores dos previstos, pois não estavam disponíveis no DATASUS. Para sete destes, havia dados referentes apenas ao mês de dezembro de 2012, na data da coleta das informações. Eles são razão entre exames citopatológicos do colo do útero, cobertura de crianças menores de cinco anos no SISVAN, proporção de diabéticos cadastrados, proporção de hipertensos cadastrados, média de consultas médicas para menores de cinco anos, proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio e taxa de prevalência de alcoolismo. Para os outros três indicadores de Saúde Mental não havia informação para nenhum período. Também não foi possível identificar a proporção de gestantes cadastradas em relação aos nascidos vivos, pois o acesso ao SINASC era restrito, impedindo a definição do denominador para o cálculo deste indicador (Quadro 1).

Tabela 1 - Indicadores de monitoramento do PMAQ referentes à saúde materno-infantil segundo variáveis do SIAB. Santa Maria, RS, Maio/2012.

Indicador	Nº	Proporção
Gestantes acompanhadas	2.084	91,0%
Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	1.849	80,6%
Gestantes que fizeram o pré-natal no mês	2.006	87,5%
Gestantes com vacinas em dia	1.921	83,8%

*Gestantes cadastradas pelos ACS no ano.

Tabela 2 - Atenção básica às crianças durante o ano, segundo indicadores do SIAB. Santa Maria, RS, 2012.

Indicador	Nº de cadastradas	Nº	Proporção
Crianças menores de 1 ano cadastradas pelos ACS	5.243		
Nascidos vivos*	439*	--	--
Crianças com baixo peso ao nascer	432	62	14,0%
Crianças <4 meses em aleitamento materno exclusivo	1.642	1.121	68,2%
Crianças <1 ano com vacinas em dia	5.243	4.757	90,7%
Crianças <2 anos pesadas	5.200	3.969	79,0%

* Nº de crianças menores de 1 ano cadastradas = 5.243

* Número inconsistente com crianças menores de 1 ano

Nascidos vivos pesados

Tabela 3 - Indicadores de monitoramento do PMAQ referentes a consultas na unidade básica de saúde, segundo variáveis do SIAB. Santa Maria, RS, 2012.2.

Indicador	Nº cadastrados	Nº total de atendimentos	Média de consultas
Consultas de gestantes no ano	2.292	3.065	1,33 consulta
Atendimento de puericultura	10.443	2.508	Menos de uma consulta
Consultas médicas para < de 1 ano	5.243	1.345	Menos de uma consulta
Atendimentos para Diabéticos	15.601	3.975	Menos de uma consulta
Atendimentos para Hipertensos	48.522	8.386	Menos de uma consulta
Atendimentos para portadores de tuberculose	106	52	Menos de uma consulta
Atendimentos para portadores de hanseníase	96	27	Menos de uma consulta

Quadro 1 - Desempenho dos indicadores do SIAB. Cobertura Populacional de 21,04%. Santa Maria, RS, 2012.

Indicador (valor para o ano de 2012)	Disponível	Resultado	Adequação do Resultado	
			Meta*	Adequação
Gestantes				
Proporção de gestantes acompanhadas	Sim	91%	100%	Limítrofe***
Proporção de gestantes cadastradas	Acesso ao SINASC	--	43%	Indisponível
Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	Sim	1,33	7	Inadequado
Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre	Sim	80,6	79%	Adequado
Proporção de gestantes com pré-natal no mês	Sim	87,5	90%	Limítrofe***
Proporção de gestantes com vacina em dia	Sim	83,8	93%	Limítrofe***
Saúde da Criança				
Média de atendimentos de puericultura	Sim	0,24	4,5	Inadequado





Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento materno exclusivo	Sim	68,2	76%	Limítrofe***
Proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia	Sim	90,7	97%	Limítrofe***
Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio	Dados de dezembro/2012	--	--	Indisponível
Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas	Sim	79,0	90%	Limítrofe***
Média de consultas médicas para menores de 1 ano	Sim	0,2	--	Meta não encontrada
Proporção de crianças com baixo peso ao nascer	Sim	14%	10%	Inadequado
Cobertura de crianças menores de 5 anos no SISVAN	Dados de dezembro/2012	--	--	Indisponível
Média de consultas médicas para menores de 5 anos	Dados de dezembro/2012	--	1,7	Indisponível
Saúde da Mulher				
Razão entre exames citopatológicos do colo do útero	Dados de dezembro/2012	--	--	Indisponível
Diabetes e hipertensão				
Proporção de diabéticos cadastrados	Dados de dezembro/2012	--	52%	Indisponível
Proporção de hipertensos cadastrados	Dados de dezembro/2012	--	63%	Indisponível
Média de atendimentos por diabéticos	Sim	0,25	3	Inadequado
Média de atendimentos por hipertensos	Sim	0,17	2	Inadequado
Tuberculose e hanseníase				
Média de atendimentos de tuberculose	Sim	0,5	6 ou 9 consultas**	Inadequado
Média de atendimentos de hanseníase	Sim	0,5	6 ou 12 ou 18	Inadequado

Saúde Mental, uso de álcool e outras drogas				
Proporção de atendimentos em Saúde Mental exceto usuários de álcool e drogas	Não	--	--	Indisponível
Proporção de atendimentos de usuários de álcool	Não	--	--	Indisponível
Proporção de atendimentos de usuários de drogas	Não	--	--	Indisponível
Taxa de prevalência de alcoolismo	Dados de dezembro/2012	--		Indisponível

*Manual Instrutivo do PMAQ, 2012.

**Conforme o esquema de tratamento.

***Considerado limítrofe, comparado a outros estudos.

-  Resultado Inadequado  Resultado Adequado
-  **Resultado no limite**
-  Dado inexistente ou indisponível e/ou meta não definida

DISCUSSÃO

A carência de publicações com análises do conteúdo do sistema de informações em saúde pode decorrer da crítica à baixa qualidade dos dados secundários, expressa em precisão e representatividade reduzidas. Em contrapartida, os estudos com dados primários são onerosos e exigem maior tempo de dedicação, tornando-se inviáveis para a maioria dos profissionais de saúde, uma vez que os recursos para pesquisa são ínfimos ou indisponíveis a nível municipal. Por outro lado, as investigações com dados secundários dos bancos de dados oficiais apresentam maior cobertura para estudos descritivos do que pesquisas com dados primários baseados em amostras, sendo relevantes para o planejamento em saúde.

Os dados do estudo foram coletados em maio de 2013, pois foi considerado um prazo adequado para que as informações do ano anterior estivessem no Sistema de Informação em Saúde (SIS) e assim, pudessem instrumentalizar os gestores para realizar o planejamento das ações a partir do SIAB.

Avaliações realizadas com informações obtidas de dados secundários, como o DATASUS, têm o benefício de serem de domínio público, ou seja, qualquer cidadão ou

profissional tem acesso via *internet* e pode utilizar essas informações no seu cotidiano de trabalho¹⁰. Em relação aos eventos vitais, por exemplo, especificamente aos nascimentos que ocorrem na área adstrita, é possível conhecê-los quase que em sua totalidade, dependendo da cobertura atingida por esse programa. Isso contribui para a melhoria do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), caso exista algum nascimento que não foi registrado¹⁰.

Por outro lado, esses dados podem não ser inteiramente fidedignos e não mostrar integralmente a realidade da ESF, pois, além do sub-registro, as informações são obtidas por diferentes processos de trabalho e profissionais. Neste estudo, verificou-se que também há o sub-registro de informações do SIAB. Por exemplo, o número de nascidos vivos para o ano de 2012 encontrado foi 439 crianças, mostrando uma discrepância com o número de crianças menores de um ano, que foi 5.243.

O sub-registro pode estar associado à falta de profissionais para digitação e processamento das informações. No município de Santa Maria, há uma desarticulação entre os profissionais que trabalham com o SIAB e os demais sistemas de informação, resultando numa forma isolada de “pensar” saúde, representando a fragmentação do processo de trabalho. A integração entre os serviços e sistemas contribuiria para melhorar a fidedignidade dos dados e estabelecer ações mais concretas que refletiam a real necessidade de saúde da população. Os resultados obtidos nesse estudo mostra que apenas o indicador proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre estava adequado. O Ministério da Saúde preconiza a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, com o objetivo de garantir às gestantes condutas acolhedoras, intervenções desnecessárias e, principalmente, o acesso aos diferentes níveis de assistência¹¹. Obteve-se alta cobertura (91%) de acompanhamento das gestantes pelos ACS. Este achado é consistente com estudo realizado em uma USF no Estado da Bahia, o qual mostrou que o percentual de gestantes acompanhadas no domicílio foi de 91,7%¹². Este número é considerado desejável em vista que o acompanhamento das gestantes é um fator importante para iniciar o pré-natal precocemente, a fim de promover a saúde materno-infantil. Isso significa que existe uma adequada cobertura pelos ACS no que se refere ao acompanhamento das gestantes. Porém, se comparado a proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre (80,6%), existe redução quanto a captação destas gestantes, nos levando a questionamentos quanto a

aspectos relacionados ao acesso ao pré-natal, fatores culturais que as levam a procura pelo atendimento de profissionais especializados.

Em relação à saúde da criança, os nascidos com baixo peso estão mais predispostas à mortalidade neonatal, perinatal e infantil. Pode-se considerar que no município de Santa Maria este indicador está razoável, pois das 432 crianças, 62 (14%) estavam com baixo peso. Estudo realizado em Hospital Universitário do Estado de São Paulo mostrou que o conhecimento dos determinantes do baixo peso ao nascer e a sua prevalência são fatores significativos para desencadear ações prioritárias a este grupo populacional, principalmente no que se refere à assistência ao pré-natal¹³. No município de Cruzeiro do Sul/Acre a proporção de baixo peso ao nascer foi 9,1%. Entre os fatores associados está a prematuridade, número reduzido de consultas de pré-natal e mães sem ocupação. Estudo realizado no município de Caxias do Sul/RS aponta que as condições perinatais são as causas das mortes neonatais. É importante ressaltar que as ações para reduzir as condições que determinam o baixo peso ao nascer vão além do setor saúde, por isso é essencial o envolvimento de diversos campos e núcleos profissionais¹³. Estudo realizado em 2007 em uma USF na Bahia mostrou que dos 43 nascidos vivos 14% apresentaram baixo peso¹⁴. Estes estudos mostraram a importância do acompanhamento das gestantes, tanto no domicílio quanto nas unidades de saúde, contribuindo na qualificação do pré-natal e a melhora da saúde materno-infantil.

Os indicadores relacionados às doenças crônicas não-transmissíveis está inadequado, se comparado a estudo realizado em Amaral Ferrador/RS onde o percentual de Hipertensos e Diabéticos acompanhados é de 103% e 99,7%, respectivamente⁴. Como forma de organizar a atenção oferecida a hipertensos e diabéticos, em 2002 o Ministério da Saúde elaborou uma capacitação para os profissionais para garantir a assistência de qualidade, e acompanhamento e tratamento integral a estes usuários. O HIPERDIA (Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica) foi substituído pelo sistema e-SUS AB, em 2012¹⁵.

O indicador relacionado às doenças infectocontagiosas como a Hanseníase e Tuberculose mostra que é necessário melhorar o acompanhamento direto aos usuários, para evitar tratamentos inadequados e reincidivas. O Ministério da Saúde considera como tratamento adequado para a tuberculose o que se dá por um período de seis a nove meses, sendo recomendado consultas mensais médicas e/ou de enfermagem. Os primeiros dois meses constituem a fase intensiva e os quatro meses restantes correspondem à fase de manutenção

Quanto ao tratamento da hanseníase, em geral dura aproximadamente seis ou 12 ou 18 meses, sendo preconizada uma consulta mensal na unidade para receber orientações e administração da dose supervisionada, além da entrega da nova cartela para uso no domicílio e pelo menos uma consulta médica a cada três meses¹⁶.

Observou-se que as informações mais completas foram as registradas pelos ACS.

Para a adequação dos resultados utilizou-se como meta a base limpa do SIAB do ano de 2010, utilizada no manual instrutivo dos indicadores do PMAQ de 2012. Considera-se base limpa, aquela que exclui os municípios com erros ou inconsistências de dados. Para as metas que não estavam disponíveis no manual foram realizadas buscas no site do Ministério da Saúde, além de resultados de outros estudos que estão citados no texto. Foram considerados limítrofes os valores que divergiam da meta em até 10%. Observou-se que as informações mais completas foram as registradas pelos ACS.

Este estudo propôs uma apresentação mais didática dos resultados, apresentando-os na forma de cores. A cor vermelha representou um sinal de gravidade, ou seja, aquele dado estava inadequado e precisava ter uma atenção mais especial dos gestores. O sinal de alerta, representando um aviso de que a situação encontrada está no limite, foi representado pela cor amarela. Já a cor verde, significou que o dado apresentado estava adequado quando comparado com a meta.

Contudo, é evidente a importância que o SIAB tem no planejamento das ações em saúde. Porém, falta entrosamento com os demais sistemas. É nesse pressuposto que a construção de um SIS integrado é um dos caminhos que pode possibilitar um planejamento em saúde de acordo com a realidade da população, ou seja, que represente-a nas suas peculiaridades⁴.

Os achados deste estudo poderão contribuir para pensar-se em educação permanente em saúde a fim de qualificar os profissionais que atuam nos serviços de saúde. Essa qualificação em serviço permite repensar as práticas profissionais e compreender a importância dos registros das informações em saúde.

Para a adequada implantação do E-SUS é preciso considerar as dificuldades no uso do SIAB. Um sistema de informação só terá sucesso ao tornar-se vivo na rotina do serviço, isto é, possibilitar análises permanentes realizadas pela própria equipe para retroalimentar o seu trabalho. Assim, o dado morto e estático do mundo digital passará a entremear-se vivaz no dia-a-dia da equipe de Saúde da Família, transformando-se em informação para a ação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil MS. Política Nacional da Atenção Básica, 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php> Acesso em 15/10/2015.
2. Brasil MS Secretaria de Assistência a Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
3. Benito GAV, Licheskil AP. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 445-450, Mai/Jun, 2009.
4. Roesse A, Pinto J M, Gerhardt T E, Silveira DT. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de base de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista APS**, v. 14, n. 1, p. 75-84, Jan/Mar, 2011.
5. Filho NA. O conceito de Saúde: ponto cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 3, p. 1-3, 2000.
6. Brasil MS. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
7. Brasil MS. Departamento de Atenção Básica. **E-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>. Acesso em 12 Jan. 2015.
8. Barbosa DCM, Foster AC. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, Jul/Set, 2010.
9. Oliveira Q C de, Corrêa ACP, Lima AP de, Teixeira RC, Pedrosa ICF. Sistema de Informação da Atenção Básica – situação de saúde de um município de Mato Grosso. **Revista Ciência e Cuidado em Saúde**, v. 9, n. 1, p. 36-43, Jan/Mar, 2010.

10. Mello MHP, Gotlieb JSLD. O Sistema de Informação de Atenção Básica como Fonte de Dados para os Sistemas de Informações sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 10, n. 1, p. 7-18, 2001.
11. Brasil MS. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
12. Nascimento CD, Fonseca ISS, Moura SB, Vale TCE, Nascimento MAA. Perfil Epidemiológico de usuários da área de abrangência de uma unidade de Saúde da Família. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 1, n.3, p. 247-249, Set/Dez, 2008.
13. Minagawa AT, Biagoline REM, Fujimore E, Oliveira IMV, Moreira APCA, Ortega LDS. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 548-554, 2006.
14. Maia RRP, Souza JMP. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em municípios do norte do Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 3, p. 735-744, 2010.
15. Brasil MS. Vigilância em Saúde. Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Série. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica - n.º 21**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
16. Brasil MS. **Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica**. 2012. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas:

ALC - Alcoolismo

EPI - Epilepsia

HAN - Hanseníase

CHA - Chagas

GES - Gestação

MAL - Malária

DEF - Deficiência

HA - Hipertensão Arterial

DIA - Diabetes

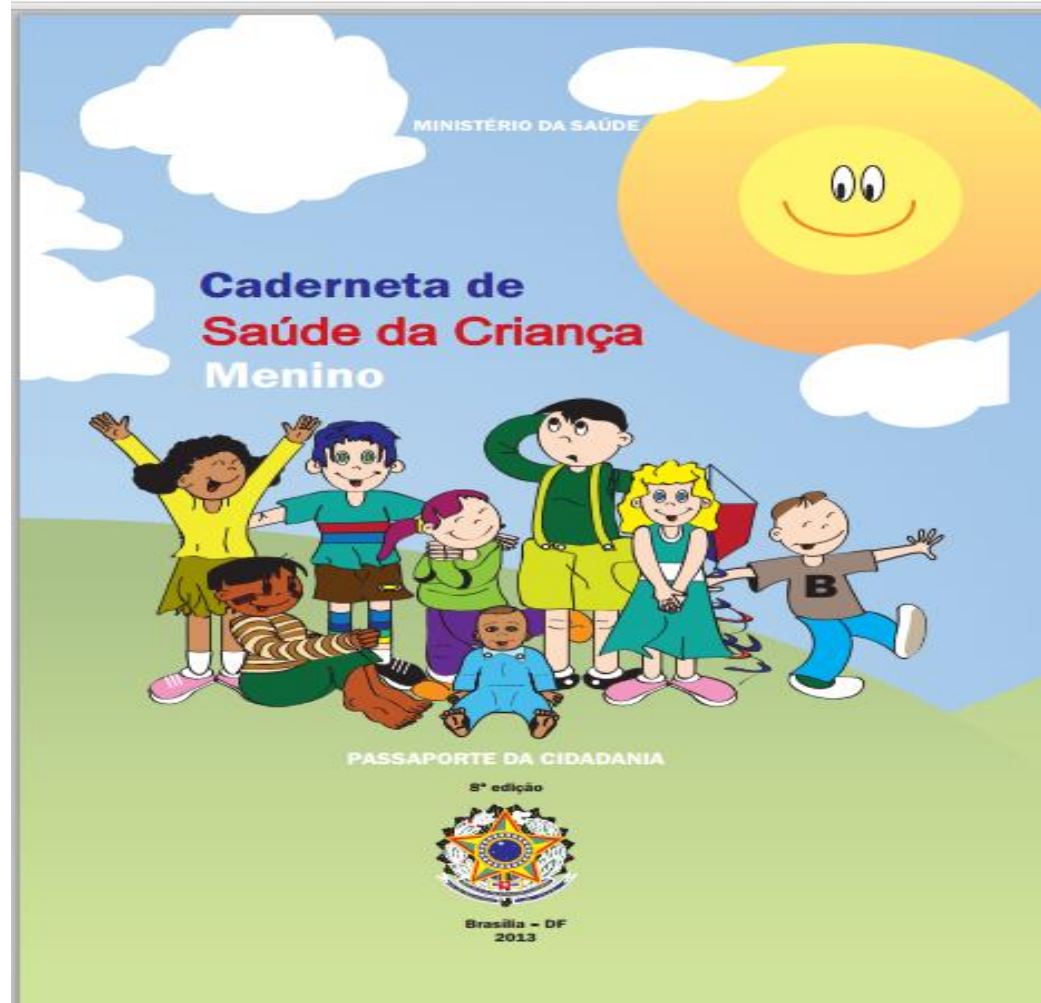
TB - Tuberculose

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO:

TIPO DE CASA	
Tijolo/Adobe	
Taipa revestida	
Taipa não revestida	
Madeira	
Material aproveitado	
Outro - Especificar:	
Número de cômodos / peças	
Energia elétrica	
DESTINO DO LIXO	
Coletado	
Queimado / Enterrado	
Céu aberto	

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	
Filtração	
Fervura	
Cloração	
Sem tratamento	
ABASTECIMENTO DE ÁGUA	
Rede pública	
Poço ou nascente	
Outros	
DESTINO DE FEZES E URINA	
Sistema de esgoto (rede geral)	
Fossa	
Céu aberto	

ANEXO A7 – FICHA C – ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS



C A Ç Õ E S	E	Acidente Vascular Cerebral																		
	D	Infarto Agudo do Miocárdio																		
		DHEG (forma grave)																		
		Doença Hemolítica Perinatal																		
	E	Fratura de colo de fêmur em > 50 anos																		
	N	Meningite tuberculosa em < 5 anos																		
F	Hanseníase com incapacidade II e III																			
	Citologia Oncótica NIC III (carcinoma <i>in situ</i>)																			

HOSPITALIZAÇÕES

<i>DATA</i>	<i>NOME</i>	<i>ENDEREÇO</i>	<i>SEXO</i>	<i>IDADE</i>	<i>CAUSA</i>	<i>NOME DO HOSPITAL</i>

ÓBITOS

<i>DATA</i>	<i>NOME</i>	<i>ENDEREÇO</i>	<i>SEXO</i>	<i>IDADE</i>	<i>CAUSA</i>

ANEXO A10 – RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO

Relatório PMA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO	
_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _	
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO						
ATIVIDADES/ PRODUÇÃO			MARCADORES			
C. O N S. M É D I C A	Residentes fora da área de abrangência		Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos			
	Residentes na área de abrangência da equipe	< 1		Acidente Vascular Cerebral		
		1 - 4		Infarto Agudo do Miocárdio		
		5 - 9		DHEG (forma grave)		
		10 - 14		Doença Hemolítica Perinatal		
		15 - 19		Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos		
		20 - 39		Meningite tuberculosa em menores de 5 anos		
		40 - 49		Hanseníase com grau de incapacidade II e III		
		50 - 59		Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)		
	60 e mais		RN com peso < 2500g			
Total		Gravidez em < 20 anos				
Total geral de consultas			Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia			
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura		Hospitalizações em < 5 anos por			
	Pré-Natal		Hospitalizações por abuso de álcool			
	Prevenção do Câncer		Hospitalizações por complicações do Diabetes			
	DST/AIDS		Hospitalizações por qualquer causa			
	Diabetes		Internações em Hospital Psiquiátrico			
	Hipertensão		Óbitos em < 1 ano por todas as causas			
	Hanseníase		Óbitos em < 1 ano por diarreia			
	Tuberculose		Óbitos em < 1 ano por infecção			
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica		Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos			
	Radiodiagnóstico		Óbitos de adolescentes (10-19) por violência			
	Citopalógico cervico-vaginal					
	Ultrassonografia obstétrica					
	Outros					
Encaminhamentos	Atendimento Especializado					

médicos	Internação Hospitalar	
	Urgência/ Emergência	
Internação Domiciliar		
P	Atendimento específico para AT	
R	Visita de Inspeção Sanitária	
O	Atendimento individual Enfermeiro	
C	Atendimento individual outros prof. nível superior	
E	Curativos	
D	Inalações	
I	Injeções	
M	Retirada de pontos	
E	Terapia da Reidratação Oral	
N	Sutura	
T	Atendimento Grupo - Educação em Saúde	
O	Procedimentos Coletivos I (PC I)	
S	Reuniões	


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


**ANEXO A11 – RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO –
FICHA COMPLEMENTAR**

Relatório PMA2-C	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO
_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _	_ _	_ _ _ _ _
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO – COMPLEMENTAR					
ATIVIDADES/ PRODUÇÃO					
Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada				
	Demanda Imediata				
	Cuidado Continuado				
	Urgência com Observação				
Tipos de Atendimento do Médico e de Enfermeiro	Usuário de álcool				
	Usuário de drogas				
	Saúde Mental				
Tipos de Atendimento do Cirurgião Dentista	1ª Consulta Odontológica Programática				
	Escovação Dental Supervisionada				
	Tratamento Concluído				
	Urgência				
	Atendimento a gestantes				
	Instalações de próteses dentárias				
Encaminhamento da Saúde Bucal	Atenção Secundária em Saúde Bucal				

MARCADOR DE SAÚDE BUCAL	
Diagnóstico de alteração na mucosa	

ANEXO B – REGISTRO DO PROJETO DE PESQUISA NO GABINETE DE APOIO A PROJETOS DA UFSM

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM		Data: 23/10/2014			
		1.2.1.20.1.01 Projetos na Inteira		Hora: 15:24			
Título: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: TRILHANDO CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.							
Número do Projeto: 034334	Classificação Principal: Pesquisa	Data Inicial: 01/05/2013	Data Final: 31/10/2014				
Registrado em: 11/04/2013	Situação: Renovado	Avaliação: Não avaliado no ano corrente	Última Avaliação: 06/01/2014				
Fundação: Não necessita contratar fundação		Nº do Projeto na Fundação:					
Supervisor Financeiro:		Valor Previsto: 5.135,00					
Pagamento de Bolsa: Paga bolsa de Iniciação Científica							
Bolsas Pagas Pelo Projeto:			Valor Máximo da Bolsa:				
76 - FIPE - CCS			360,00				
PIBIC - PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica			400,00				
Proteção do Conhecimento: Projeto não gera conhecimento passível de proteção.		Tipo de Proteção: Não se aplica					
Tipo de Evento: Não se aplica	Carga Horária: Não se aplica	Alunos Matriculados: Não se aplica	Alunos Concluintes: Não se aplica				
Palavras-chave: Sistema de Informação, SIAB, Atenção Básica, Epidemiologia							
Resumo: Este estudo objetiva conhecer o perfil epidemiológico da população atendida nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Santa Maria, através da análise das variáveis do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), além de verificar a utilização deste sistema pelos profissionais destas unidades. É composto pela avaliação de dados secundários do SIAB e entrevistas dos profissionais de saúde das ESF's que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A coleta de dados será através do Banco de Dados do SUS (DATASUS), o qual é de domínio público. A segunda etapa compreende um questionário com perguntas pré-codificadas e abertas relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais, enfatizando a utilização do SIAB para o planejamento de ações em saúde. Estas informações serão georreferenciadas para as unidades do PMAQ. Os resultados desta pesquisa serão divulgados aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde em eventos de Educação Permanente. Esta pesquisa compõe dissertação de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da UFSM.							
Observação: Este projeto integra a dissertação de mestrado profissional em Ciências da Saúde, na área de promoção da saúde.							
Participantes							
Matrícula	Nome	Vínculo Institucional	Função	Bolsa	C. Horária (semanal)	Data Inicial	Data Final
201021565	BETANIA ANDRADE ARAUJO DE SOUSA	Aluno de Graduação	Bolsista	PIBIC - PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica	20 horas	01/08/2013	31/07/2014
201140045	LAIS CAROLINI PAULESKI	Aluno de Graduação	Bolsista	76 - FIPE - CCS	20 horas	01/05/2013	31/07/2013
201230328	LEONARDO MARTINS DE PAULA	Aluno de Graduação	Bolsista	76 - FIPE - CCS	20 horas	01/08/2013	31/12/2013
201261265	LUANA POZZER	Aluno de Pós-graduação	Autor		10 horas	01/05/2013	31/10/2014
201211099	LUIS FERNANDO PEIXOTO ROSA DOS SANTOS	Aluno de Graduação	Participante		8 horas	19/07/2013	31/10/2014
1165169	MARINEL MOR DALL'AGNOL	Docente	Coordenador		4 horas	01/05/2013	31/10/2014
201121108	VITOR VINICIUS WIERZBICKI	Aluno de Graduação	Participante		4 horas	15/05/2013	31/10/2014
						Página: 1	

		UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM			Data: 23/10/2014 Hora: 15:24	
1.2.1.20.1.01 Projetos na Integra						
Unidades vinculadas ao projeto						
Unidade	Função	Valor	Data Inicial	Data Final		
04.46.00 - DEPTO. SAÚDE DA COMUNIDADE - SDC	Responsável		01/05/2013	31/10/2014		
Classificações						
Classificação	Item da classificação					
Classificação CNPq	4.00.00.00-1 - CIÊNCIAS DA SAÚDE					
Grupo do CNPq	162 - EPICENTRO					
Linha de pesquisa	02.02.01 - EPIDEMIOLOGIA					
Quanto ao tipo de projeto de pesquisa	2.03 - Projeto de Dissertação					
Arquivos anexos						
Nome do arquivo	Tipo	Incluído em				
autorização SMS SIAB Luana.pdf	Carta de aprovação	11/04/2013				
Projeto SIAB 11042013 FIPE.pdf	Minuta do projeto para edital	11/04/2013				
PLANO DE TRABALHO DO BOLSISTA SIAB 2013.pdf	Plano de trabalho do 1º bolsista	11/04/2013				
Projeto SIAB 11042013 FIPE.pdf	Plano do Projeto	11/04/2013				
RELATÓRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DE PROJETO PARA O SIE ANDAMENTO DO PROJETO SIAB.docx	Relatório	20/12/2013				
RELATÓRIO ANUAL DE AVALIAÇÃO DE PROJETO PARA O SIE SIAB.docx	Relatório de Avaliação Anual	20/12/2013				
Regiões de atuação						
Cidade	UF	Pais	Data inicial	Data final		
Santa Maria	RS	Brasil	01/05/2013	31/10/2014		
Atividades						
Atividades	Início previsto	Início efetivo	Final previsto	Final efetivo		
Projeto de pesquisa epidemiológica sobre a população atendida pelas unidades de saúde com Estratégia de	01/05/2013	01/02/2013	31/10/2014	31/10/2014		
Página: 2						

ANEXO C – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE

Serão acolhidos manuscritos redigidos no idioma português. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha-padrão A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de texto de pé de página.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha-de-rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português e inglês;
- c) título resumido, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome completo dos autores e das instituições a que pertencem;
- e) endereço eletrônico de todos os autores;
- f) endereço completo e endereço eletrônico, números de fax e de telefones do autor correspondente;
- g) informação sobre monografia, dissertação ou tese que originou o manuscrito, com as respectivas instituições de ensino envolvidas, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa, se pertinente.

Resumo

Parágrafo único, de até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão.

Palavras-chave

Três a cinco, selecionadas a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão em inglês do Resumo, contendo as seguintes seções: Objectives; Methods; Results; e Conclusion.

Keywords

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e Referências. Tabelas e figuras serão referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado. Eis as definições e conteúdos dessas seções:

Introdução – apresentação do problema, justificativa e objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – descrição dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, cálculo do tamanho da amostra, amostragem, procedimentos de coleta dos dados, procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as Considerações éticas pertinentes; pesquisas clínicas

devem apresentar número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde e pelo ICMJE.

Resultados – exposição dos resultados alcançados, podendo considerar tabelas e figuras, desde que autoexplicativas (ver o item Tabelas e Figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações de relevância para o tema e, no último parágrafo da seção, as conclusões.

Agradecimentos – após a discussão devem-se limitar ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição de cada um dos autores.

Referências – para citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico adotado pelas Normas de Vancouver; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados em si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (Ex.: 7,10-16); após a seção Contribuição dos autores, as referências serão listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão et al para os demais; títulos de periódicos deverão ser grafados sob forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e meta-análise, não há limite de citações e o manuscrito fica condicionado ao limite de laudas definidas nestas Instruções; o formato das Referências deve seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em www.icmje.org), com adaptações definidas pelos editores conforme.