

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

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: sensibilizar e orientar  
uma equipe de saúde da família sobre sua importância para melhorar a  
qualidade dos serviços de saúde**

**GREGÓRIO NETO BATISTA DE SOUSA**

**Eunápolis-Bahia  
2012**

**GREGÓRIO NETO BATISTA DE SOUSA**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: sensibilizar e orientar uma equipe de saúde da família sobre sua importância para melhorar a qualidade dos serviços de saúde**

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

Orientadora: Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

**Eunápolis-Bahia  
2012**

## **GREGÓRIO NETO BATISTA DE SOUSA**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: sensibilizar e orientar uma equipe de saúde da família sobre a importância para melhorar a qualidade dos serviços de saúde**

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

Orientadora: Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

### **BANCA EXAMINADORA**

Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes

---

Eulita Maria Barcelos

---

---

Aprovado em 22 de maio de 2012

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiro a Deus, pela vida e pelo amparo em todos os momentos da vida.

À minha esposa Fernanda, pelos momentos de carinho, incentivo, companheirismo e amor. Obrigado também pelos conselhos, serenidade e pela paciência nos momentos de stress.

À minha Orientadora Maria da Conceição Juste Werneck Côrtes pela confiança e independência.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional.

A todos os colegas do curso.

A todos os meus colegas de trabalho do Departamento de Atenção Básica de Eunápolis-BA.

## RESUMO

Este trabalho consiste em estudo exploratório sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica, utilizado por uma equipe de saúde da família. Tem o objetivo de descrever a estrutura do Sistema de Informação da Atenção Básica, e sensibilizar uma equipe de saúde da família sobre a importância do seu uso para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. O Sistema de Informação da Atenção Básica, dada suas características representa uma importante ferramenta para microlocalização dos problemas de saúde, consistindo seus relatórios de base de dados do sistema, fonte para análise e expressão da situação real dos indicadores para a equipe de saúde. Após o levantamento dos dados e análise elaborou-se um plano de ação que definiu as atividades a serem desenvolvidas pela equipe para o enfrentamento dos problemas identificados no diagnóstico, e os resultados esperados. Este estudo permitiu verificar que os profissionais envolvidos com o Sistema de Informação da Atenção Básica, reconhecem suas potencialidades, porém mesmo diante de sua importância não o utilizam para o planejamento local das ações. A capacitação permanente das equipes de saúde da família é fundamental para atuar efetivamente no cuidado integral, realizando campanhas educativas, proporcionando maior integração entre os serviços de saúde e a comunidade, criando uma rede de referência e contra-referência e parcerias com os setores da comunidade.

Palavras-chaves: Sistema de Informação da Atenção Básica. Equipe de saúde da família. Serviços de saúde.

## **ABSTRACT**

This work consists in exploratory study on the SIAB, used by a team of family health. Has the objective to describe the structure of the SIAB and raise a family health team about the importance of its use to improve the quality of health services. Given their characteristics, SIAB represents an important tool for localization of health problems of small areas, being the reports of system database, source of the real situation of the indicators for the health team. After analysis was elaborated a plan of action that has defined the activities to be carried out by the team to face the problems identified in the diagnosis, and the expected results. This study allowed us to verify that the professionals involved with the SIAB recognize their potential, but even in the face of its importance is not the use for the planning of local actions. The permanent training of family health teams is crucial to act effectively on integral care, performing educational campaigns, providing greater integration between health services and the community, creating a network of reference and cross-reference and partnerships with community sectors.

Key Words: SIAB. Family health team. Health services.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIPACS - Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

PSF-Programa Saúde da Família

Datusus-Departamento de Informação e Informática do SUS

SSA2- Relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área/Equipe

PMA2- Relatório de Produção e de Marcadores para avaliação

MS - Ministério da Saúde

ESF-Equipe Saúde da Família

ESF-Estratégia Saúde da Família

PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde

ACS-Agente comunitário de saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

## LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1- Síntese das fragilidades apontadas pelos estudos selecionados segundo objetivos da pesquisa integrativa sobre o SIAB, 2010.

Quadro 2-Contexto municipal de territorialização da Atenção Básica do município de Eunápolis-BA,segundo Equipes de Saúde da Família-2011

Quadro 3 -Plano de Ação

Tabela 1 - População de 4.150 pessoas segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe de saúde da família São João Batista, de janeiro a junho de 2011.

Tabela 2- Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade na área de abrangência da equipe de saúde da família São João Batista, no período de janeiro a junho de 2011

Tabela 3- Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade na área de abrangência da equipe de Saúde da família São João Batista, no período de janeiro a junho de 2011

Tabela 4- Destino do lixo segundo a modalidade na área de abrangência da equipe de saúde da família São João Batista, no período de janeiro a junho de 2011

Tabela 5- Doenças referidas segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família São João Batista, no período de janeiro a junho de 2011

Tabela 6- Acompanhamento percentual de alguns indicadores da equipe de saúde da família São João Batista, de janeiro a abril de 2011

Tabela 7- Consultas médicas pela equipe de saúde da família São João Batista, de janeiro a abril de 2011

Tabela 8 Atendimento percentual aos programas pela equipe de saúde da família São João Batista, de janeiro a abril de 2011

Tabela 9 Acompanhamento de alguns Indicadores da equipe de Saúde da família São João Batista, de janeiro a abril de 2011

Tabela 10 Visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde da família São João Batista, de janeiro a abril de 2011

Tabela 11 Procedimentos realizados pela equipe de saúde da família São João Batista, de janeiro a abril de 2011



## Sumário

|   |    |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO                                  | 10 |
| 2 JUSTIFICATIVA                               | 12 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA                       | 14 |
| 3.1 Estrutura e Informações obtidas pelo SIAB | 14 |
| 4 OBJETIVOS                                   | 17 |
| 4.1 Objetivo Geral                            | 17 |
| 4.2 Objetivo Específico                       | 17 |
| 5 METODOLOGIA                                 | 18 |
| 6. RESULTADOS E DISCUSSÕES                    | 22 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS                       | 32 |
| REFERÊNCIAS                                   | 34 |
| ANEXOS  |    |

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família – PSF (BRASIL, 2000).

O SIAB foi desenvolvido com o propósito de subsidiar as três esferas administrativas do SUS, visando a consolidação dos dados coletados e a agilização das ações. O sistema tem potencial para detectar desigualdades, localizar problemas sanitários, avaliar intervenções, agilizar o uso da informação, produzir indicadores a partir da identificação de problemas e consolidar progressivamente. Este sistema possibilita o uso de dados para planejar ações e tomar decisões locais, uma vez que sua finalidade é produzir informações que possibilitem conhecer e analisar a situação de saúde, acompanhar a execução das ações e avaliar a transformação da situação de saúde. Os relatórios emitidos por este sistema permitem conhecer a realidade sócio-econômica da população de uma área de abrangência de uma equipe de saúde da família, e acompanhar as ações desenvolvidas pelas equipes, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los às necessidades da comunidade assistida (FREITAS, PINTO 2005).

O SIAB é usado como um instrumento para gestão de sistemas locais de saúde. É um sistema de informação que coleta dados e possibilita a construção de indicadores populacionais referentes a áreas de abrangências definidas. Composto por módulos, o SIAB contempla o cadastramento das famílias, por meio do qual são levantados dados de escolaridade, condições de moradia, saneamento básico e problemas de saúde (Ficha A). Em outro módulo, refere-se à situação de saúde e acompanhamento de grupos de risco (Fichas B). Finalmente, contempla um módulo para notificação de agravos e registro de produção (Ficha D). Para consolidação dos dados, existem relatórios

denominados SSA2 e PMA2 cuja finalidade é permitir o conhecimento da realidade sócio – sanitária da população acompanhada, avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los, sempre que necessário, visando melhorar a qualidade prestada pelos mesmos. Além desses relatórios, o SIAB ainda cadastra as equipes que atuam na Estratégia Saúde da Família, sendo a base para o repasse dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde para os municípios. Todos os membros que compõem a equipe têm acesso às fichas do SIAB (BRASIL, 2000).

## 2 JUSTIFICATIVA

O SIAB aprofunda e aprimora pontos fundamentais do SIPACS - Sistema de Informação do PACS - mas mantém a lógica central de seu funcionamento, que tem como referência uma determinada base populacional. Também amplia o leque de informações, com novos instrumentos de coleta e de consolidação que permitirão sua utilização por toda a equipe de saúde da unidade básica (BRASIL, 2000).

No Relatório de Gestão (1998/2002) do Ministério da Saúde (MS) constam alguns problemas detectados em relação ao SIAB, tais 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. (p.30)

A Atenção Básica à Saúde é a porta de entrada, e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, e 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 a equipe de saúde da família e gestores de saúde.

... A utilização do SIAB como instrumento do trabalho da equipe de saúde da família (ESF) foi útil na identificação e avaliação das famílias, na construção de indicadores de saúde, na definição de prioridades, na organização do trabalho, na programação local e no direcionamento das visitas domiciliares...

... As falas mostram a importância do SIAB segundo a percepção de todos os membros da equipe quanto à organização do serviço, pois o mesmo traz dados significativos que possibilitam o direcionamento do processo de trabalho da ESF, as ações são definidas, direcionadas e priorizadas segundo as informações contidas nas fichas do SIAB, principalmente na ficha A...

... Para a realização da programação local pela ESF é necessário ter um sistema de informação em saúde operante, atualizado, com acesso disponível e de fácil interpretação. O SIAB se propunha a trazer todas essas possibilidades nas fichas que o compõem. (FREITAS, PINTO 2005. p. 547-54.)

A equipe de saúde da família de determinada unidade básica de saúde se realiza o preenchimento inadequado do SIAB, gera dados e interpretações irreais da população de abrangência, acarretando falhas no diagnóstico e planejamento de ações de saúde para a equipe da unidade.

Diante desse problema, espera-se que, a partir da identificação dos fatores que interferem no uso incorreto do SIAB, este estudo contribua para o aprimoramento do processo de coleta e análise de dados do SIAB, como também contribuir numa revisão objetiva do SIAB para todos da equipe.

Este trabalho teve como finalidade demonstrar para uma equipe de saúde da família a importância do instrumento SIAB como fonte de informações para o diagnóstico situacional e planejamento de ações de melhoria da qualidade do serviço de saúde de uma unidade básica de saúde.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Estrutura e informações obtidas pelo SIAB**

O SIAB possui oito fichas de cadastros e acompanhamento e relatórios, com isso sendo necessário destacar alguns conceitos abaixo usados para o seu correto preenchimento:

- Modelo de Atenção - é o resultado da combinação de tecnologias empregadas para assistência à saúde de uma dada população. O usuário do SIAB deverá identificar o modelo de atenção à saúde utilizado pelo município: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF);
- Família - é o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar;
- Domicílio - designa o “local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos”. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes (muros ou cercas, entre outros) e coberto por um teto que permita que seus moradores se isolem e cujos residentes arcam com parte ou todas as suas despesas de alimentação ou moradia;
- Peridomicílio - é o espaço externo próximo à casa e que inclui os seus anexos.

Anexos - é a unidade de construção, permanente ou não, peridomiciliar, que sirva de abrigo para animais ou para depósito, assim como todas as demais dependências externas no peridomicílio, contíguas à casa;

- Microárea - o espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas e corresponde à área de atuação de um agente comunitário de saúde (ACS);
- Área - o conjunto de microáreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde;
- Segmento Territorial - o segmento é um conjunto de áreas contíguas que pode corresponder à delimitação de um Distrito Sanitário, de uma

Zona de Informação do IBGE ou a outro nível de agregação importante para o planejamento e avaliação em saúde no Município. É a divisão territorial utilizada para a análise espacial dos dados em um determinado município.

Todos os dados acima foram retirados do SIAB (BRASIL, 2000).

Radigonda, Carvalho, Nunes, (2010) realizaram um estudo utilizando a revisão integrativa e apontaram as fragilidades do SIAB registradas em várias publicações:

Quadro 1: Síntese das fragilidades apontadas pelos estudos selecionados segundo objetivos da pesquisa integrativa sobre o SIAB, 2010.

| Referências                                  | Fragilidades apontadas   |
|--|--|
| RODRIGUES, ANDRADE, FREITAS, ESPÍNOLA (2000) | <input type="checkbox"/> O sistema não é utilizado para o planejamento.<br><input type="checkbox"/> Os municípios não estão informatizados.<br><input type="checkbox"/> Há falta de qualidade dos dados.<br><input type="checkbox"/> Há relatórios incompletos.  |
| FRANÇA (2001)                                | <input type="checkbox"/> Não há discussão sobre os dados do SIAB.<br><input type="checkbox"/> Há dificuldade de análise pelo fato do consolidado não retornar do nível central para as equipes.<br><input type="checkbox"/> Existe sobrecarga dos profissionais por trabalhos manuais na consolidação  |
| GONÇALVES (2001)                             | <input type="checkbox"/> Falta de treinamento dos ACS para o preenchimento de questionários.<br><input type="checkbox"/> Déficit na retroalimentação.<br><input type="checkbox"/> Indicadores ambientais restritos.  |
| ARCHETTI, (2002)                             | <input type="checkbox"/> Não há utilização do SIAB para desenvolver ações.<br><input type="checkbox"/> Há pouco conhecimento dos profissionais sobre o SIAB e a sua aplicação.<br><input type="checkbox"/> O profissional é inserido sem prévio treinamento.   |
| SANTOS (2003)                                | <input type="checkbox"/> O sistema é pouco utilizado no processo de decisão e controle das ações.<br><input type="checkbox"/> Há dificuldade na atualização dos dados que compõem a ficha A.   |
| PORTUGAL (2003)                              | <input type="checkbox"/> O sistema não permite análise de forma desagregada.<br><input type="checkbox"/> Há excesso de tempo gasto nas unidades para consolidação dos relatórios.<br><input type="checkbox"/> Ausência da informação espacial, em escala compatível com a família/domicílio.   |
| SILVA e LAPREGA (2005)                       | <input type="checkbox"/> Há pouca utilização do SIAB para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão em nível local.<br><input type="checkbox"/> Dificuldade de identificação de indivíduos no software.<br><input type="checkbox"/> Número limitado de doenças referidas no software.   |
| FREITAS e PINTO (2005)                       | <input type="checkbox"/> Há utilização e envolvimento esporádicos com o SIAB.<br><input type="checkbox"/> Dificuldades da equipe em trabalhar com análise, monitoramento e avaliação de dados.<br><input type="checkbox"/> Alta rotatividade dos ACS que acarreta: preenchimento inadequado, interpretação e dificuldade no entendimento da finalidade das fichas.   |
| BERGO (2006)                                 | <input type="checkbox"/> As equipes não têm utilizado o SIAB no planejamento e na avaliação das ações de saúde.<br><input type="checkbox"/> Há déficits na atualização do cadastro das famílias, na consolidação dos dados.<br><input type="checkbox"/> Falta de informações nas fichas sobre raça/cor e naturalidade.<br><input type="checkbox"/> Diferentes formas de contratação dos profissionais.<br><input type="checkbox"/> Falta ou inadequação da estrutura física das unidades de saúde. |
| PETERLINI e ZAGONEL (2006)                   | <input type="checkbox"/> Os relatórios são emitidos em diferentes formatos.<br><input type="checkbox"/> Falhas no preenchimento do sistema.  |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| RIGOBELLO (2006)                    | <input type="checkbox"/> Há dificuldades para o preenchimento das fichas do SIAB.<br><input type="checkbox"/> Observou-se reduzido manuseio das Fichas B.<br><input type="checkbox"/> O sistema não está condizente com a realidade local.   |
| BARBOSA (2006)                      | <p>O SIAB não tem sido utilizado para nortear as ações e atividades profissionais.</p> <input type="checkbox"/> Nem todos os profissionais da equipe sabem manusear ou entraram em contato com o sistema.<br><input type="checkbox"/> O software não consegue atualizar as idades automaticamente a cada ano.<br><input type="checkbox"/> Os ACS desconhecem a finalidade do sistema.<br><input type="checkbox"/> Existem informações desnecessárias para a realidade local.<br><input type="checkbox"/> Falta de treinamento. |
| MARCOLINO (2008)                    | <p>O sistema não é utilizado para planejamento e avaliação das ações desenvolvidas.</p> <input type="checkbox"/> Há dificuldades para operacionalizar o SIAB e preencher as fichas.<br><input type="checkbox"/> Falta de capacitação dos profissionais.<br><input type="checkbox"/> Não realização de educação permanente.<br><input type="checkbox"/> Uso de registros informais.<br><input type="checkbox"/> Falta de supervisão sistematizada do preenchimento das fichas do SIAB pelos ACS.                                |
| SILVA, OLIVEIRA (2010)              | <input type="checkbox"/> Formulários não contemplando os anos de estudo da população.<br><input type="checkbox"/> Inserção da gestação em doença ou condição referida.<br><input type="checkbox"/> Divergência dos dados do relatório SSA2 e ficha A.  |
| FERREIRA, SCHIMITH, CACERES, (2010) | <input type="checkbox"/> Dificuldade de preenchimento e o não conhecimento dos formulários do SIAB referido por profissionais médicos, auxiliares de enfermagem e dentistas.   |

O quadro acima retrata as dificuldades e fragilidades que o SIAB possui, expressos em vários estudos, reforçando que ele não é alimentado corretamente e que isso acarreta o desuso do sistema para o planejamento em saúde na atenção básica.



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Sensibilizar e orientar a equipe de saúde da família sobre a importância do SIAB para melhorar a qualidade dos serviços de saúde na Unidade Básica de Saúde São João Batista em Eunápolis-Bahia.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Descrever estrutura do SIAB e as informações obtidas
- Descrever a situação sócio-sanitária da população adstrita da equipe de saúde da família através do SIAB.
- Elaborar plano de ação a partir dos relatórios do SIAB.
- Apresentar um relatório à equipe de saúde da família em oficina.

## 5 METODOLOGIA

A fim de realizar uma revisão de aspectos conceituais, diagnósticos, e alternativas de atuação foi realizado levantamento bibliográfico que teve como referência inicial os módulos e Trabalhos de Conclusão de Curso apresentados no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, disponíveis na Plataforma Ágora ([www.nescon.ufmg.br](http://www.nescon.ufmg.br)) e a biblioteca virtual em saúde nas bases Scielo e Lilacs.

Na descrição da estrutura e informações do SIAB utilizou-se o Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica publicado pelo Ministério da Saúde em 2000.

O SIAB é um sistema idealizado para agregar e processar as informações sobre a população visitada. Estas informações são recolhidas em fichas de cadastramento e de acompanhamento e analisadas a partir dos relatórios de consolidação dos dados mensalmente.

São instrumentos de coleta de dados:

- cadastramento das famílias - Ficha A; (Anexo 1)
- acompanhamento de gestantes - Ficha B-GES; (Anexo 3)
- acompanhamento de hipertensos - Ficha B-HA; (Anexo 4)
- acompanhamento de diabéticos - Ficha B-DIA; (Anexo 2)
- acompanhamento de pacientes com tuberculose - Ficha B-TB; (Anexo 6)
- acompanhamento de pacientes com hanseníase - Ficha B-HAN; (Anexo 5)
- registro de atividades, procedimentos e notificações - Ficha D;(Anexo 7)

São instrumentos de consolidação dos dados:

- relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias - Relatório SSA2; (Anexo VIII)
- relatórios de produção e marcadores para avaliação - Relatório PMA2. (Anexo IX)

A Ficha A é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz às famílias de sua comunidade. Deve ser preenchida uma ficha por família. Esta ficha contém as seguintes informações:

- cadastro da família;
- situação de saneamento e moradia;
- dados pessoais dos moradores;

- doenças referidas: (alcoolismo, epilepsia, hanseníase, chagas, malária, deficiência, hipertensão arterial, diabetes)
- meios de transporte e de informação;
- participação em grupos associativos;
- cobertura de plano de saúde;
- recursos utilizados em casos de doença;
- observações.

As informações recolhidas durante as visitas domiciliares, tais como: identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia e outras informações adicionais, permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções.

Todos os dados da ficha A devem ser atualizados sempre que houver alteração. O ACS deve estar atento para registrar, todo mês, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças de atividade profissional dos membros da família e das condições de moradia e saneamento.

Na ficha B-GES o ACS cadastra e acompanha mensalmente o estado de saúde das gestantes. Sempre que cadastrar uma nova gestante, o agente necessita programar com o enfermeiro seu acompanhamento da mesma. A cada visita, os dados da gestante devem ser atualizados nesta ficha, que fica de posse do ACS, sendo discutida mensalmente com o enfermeiro.

A ficha B-HA serve para o cadastramento e acompanhamento mensal dos hipertensos com diagnóstico médico estabelecido. Os casos suspeitos (referência de hipertensão ou pressão arterial acima dos padrões de normalidade) devem ser encaminhados imediatamente à Unidade de Saúde para realização de consulta médica. Só após este procedimento, com o diagnóstico médico estabelecido, é que o ACS cadastra e acompanha o hipertenso.

A ficha B-DIA serve para o cadastramento e acompanhamento mensal dos diabéticos com diagnóstico médico estabelecido. Os casos suspeitos (referência de diabetes) devem ser encaminhados à Unidade de Saúde para realização de consulta médica. Só após este procedimento é que o ACS cadastra e acompanha o diabético. Os casos de diabetes gestacional não devem ser cadastrados nesta ficha.

A ficha B-TB serve para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com tuberculose.

A ficha B-HAN serve para o cadastramento e acompanhamento mensal de pessoas com hanseníase.

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-espelho os dados lá registrados. 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 ficha D é utilizada por todos os profissionais da equipe de saúde para o registro diário das atividades e procedimentos realizados, e de 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. Alguns campos desta ficha são específicos para preenchimento por determinados profissionais.

O Relatório SSA2 consolida informações sobre a situação de saúde das famílias acompanhadas em cada área. Os dados para o seu preenchimentos são provenientes das Fichas A, B, C e D e referem-se às microáreas de uma mesma área. Este relatório deve ser preenchido apenas quando o modelo de atenção for Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF). A consolidação dos dados das diversas microáreas coletados diariamente será feita no início do mês seguinte, durante a reunião mensal da equipe, sendo responsabilidade de um dos profissionais de nível superior a condução das atividades e o preenchimento desses relatórios.

O Relatório PMA2 consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou de situações consideradas como marcadoras, por área. É utilizado nos casos em que o modelo de atenção for o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ou Estratégia Saúde da Família (ESF). Marcadores são eventos mórbidos ou situações indesejáveis que devem ser notificadas com o objetivo de, a médio prazo, avaliar as mudanças no quadro de saúde da população adscrita.

Para descrição da situação sócio-sanitária da população atendida pela equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde São João Batista foram utilizados os relatórios do consolidado anual de cadastramento familiar, o relatório denominado Situação de saúde das famílias acompanhadas da área-SSA2 e o relatório de Produção e marcadores de avaliação pela equipe- PMA2 do SIAB municipal.

Através dos relatórios obtidos do período de janeiro a junho de 2011 foi possível analisar aspectos:

- demográficos (faixa etária e sexo);
- ambientais (cobertura de abastecimento de água, instalações sanitárias e destino do lixo);
- epidemiológicos (morbidade referida)
- indicadores de cobertura
- número de consultas médicas, atendimentos aos programas e procedimentos realizados.

Para elaboração do plano de ação foram analisados os relatórios do SIAB municipal do período de janeiro a junho de 2011, que foi a base do diagnóstico situacional para a área de abrangência da equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde São João Batista. O plano de ação definiu as atividades a serem desenvolvidas pela equipe para o enfrentamento dos problemas identificados no diagnóstico, e os resultados esperados.

Para a apresentação do relatório e discussão do plano de ação deste estudo foi convidada toda a equipe de saúde da família para uma oficina, utilizando metodologia de exposição dialogada, com recursos audiovisuais e roda de conversa.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Eunápolis – Bahia possui uma área de 1.179,115 km<sup>2</sup> localizado no extremo sul do Estado às margens da BR-101 e BR 367. Apresenta clima tropical e tem como principal atividade econômica o comércio. Porto Seguro, Itagimirim, Santa Cruz de Cabrália, Belmonte, Itabela e Guaratinga são seus municípios limítrofes e se distancia 671 quilômetros da capital Salvador. O município está inserido na macrorregional de saúde de Teixeira de Freitas e microrregional de Porto Seguro. É sede da Oitava Diretoria Regional de Saúde, e possui Gestão Plena de acordo as diretrizes da NOAS/2002. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 o município possuía 100.146 mil habitantes.

No contexto municipal de territorialização da Atenção Básica, o município de Eunápolis está dividido territorialmente em 03 micro-regiões, conforme tabela abaixo. As micro regiões estão dispostas em mapa esquemático, conforme Anexo X.

Quadro 2 Contexto municipal de territorialização da Atenção Básica do município de Eunápolis-BA, segundo Equipes de Saúde da Família-2011

| Contexto municipal de territorialização da Atenção Básica do município de Eunápolis-BA, segundo Equipes de Saúde da Família |   |  |
|---|---|--|
| Micro-região I  | Micro-região II   | Micro-região III   |
| - Dinah Borges I e II<br>- Pequi I e II<br>- São João Batista<br>- Izabel Araújo (Urbis III)                                | - Josélia Borges,<br>- Santa Lúcia<br>- Osvaldo de Mello Filho<br>- João Nunes da Silva,<br>- Mundo Novo/Gabiarra<br>- Maravilha/Iris Lopes | - Sapucaieira<br>- Wanderley Nascimento I e II,<br>- Rosa Neto,<br>-Valdenor Cordeiro I e II<br>- Moises Reis I e II |

A Unidade Básica de Saúde São João Batista localiza-se na zona urbana, responsável pelo território adstrito do bairro Minas Gerais. Este bairro faz divisa com os Bairros Pequi, Urbis III, Moises Reis e Alecrim. O abastecimento de água é feito pela EMBASA, 100% das residências tem energia elétrica. Algumas ruas não são pavimentadas e a grande maioria das ruas é asfaltada. A equipe de saúde da família São João Batista, tem em seu cadastro no SIAB, 4.150 pessoas e 1.103 famílias numa área dividida em 08 micro-áreas.

A Equipe de Saúde da Família é composta por: um cirurgião dentista; uma enfermeira; um médico generalista; dois técnicos de enfermagem; um auxiliar de saúde bucal; 08 agentes comunitários de saúde; uma recepcionista; uma auxiliar de serviços gerais. A equipe atende à população local através das seguintes atividades: visitas domiciliares; consultas médicas; de enfermagem; odontológicas; procedimentos de assistência de enfermagem na unidade e, quando necessário no domicílio; grupos de hipertensos, diabéticos e gestantes; aplicação de flúor nos dentes das crianças da escola local, com supervisão de escovação; agendamento de consultas para especialidades e exames diariamente; dispensação de medicamentos.

Nos relatórios obtidos foi possível analisar e verificar os indicadores de maior relevância, tais como aspectos demográficos, aspectos ambientais, indicadores de cobertura, produção da equipe de saúde e aspectos sócio-econômicos conforme demonstrado nas tabelas abaixo:

- **ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

TABELA 1- População de 4.150 pessoas segundo a faixa etária e sexo na área de abrangência da equipe de saúde da família São João Batista, de janeiro a junho de 2011

| FAIXA ETÁRIA | GENERO    |          |
|--------------|-----------|----------|
|              | Masculino | Feminino |
| Menor 1 ano  | 21        | 17       |
| 1 a 4 anos   | 145       | 170      |
| 5 a 9        | 185       | 209      |
| 10 a 14 anos | 214       | 284      |
| 15 a 19 anos | 208       | 218      |
| 20 a 49      | 855       | 1.008    |
| 50 a 59 anos | 118       | 162      |
| 60 anos e +  | 161       | 175      |
| Total        | 1907      | 2243     |

Fonte: SIAB-municipal/2011.

A tabela 1 foi construída a partir dos dados de cadastramento das famílias (Ficha A) onde demonstrou uma população adstrita de 4.150 pessoas, superior portanto ao preconizado pela Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011:

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

- **ASPECTOS AMBIENTAIS**

TABELA 2 Famílias cobertas por abastecimento de água segundo a modalidade na área de abrangência da equipe de saúde da família São João Batista, no período de janeiro a junho de 2011

| MODALIDADE       | NÚMERO %      |
|------------------|---------------|
| Rede Pública     | 1.040 (94,29) |
| Poço ou nascente | 62 (5,62)     |
| Outros           | 1 (0,09)      |

Fonte: SIAB-municipal/2011

A tabela 2 foi construída a partir dos dados de cadastramento das famílias (Ficha A). Constatou-se que 94,3% das famílias recebem abastecimento de água de rede pública.



TABELA 3- Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo a modalidade na área de abrangência da equipe de Saúde da família São João Batista, no período de janeiro a junho de 2011

| MODALIDADE        | NÚMERO %    |
|-------------------|-------------|
| Sistema de Esgoto | 205 (18,59) |
| Fossa             | 874 (79,24) |
| Céu Aberto        | 24 (2,17 )  |

Fonte: SIAB-municipal/2011

Na tabela 3 podemos perceber que o sistema de esgoto do bairro de abrangência da equipe é precário, pois 81,31% conta com fossa ou jorra a céu aberto para destino dos dejetos. Merece uma atenção especial da Secretaria de Planejamento no sentido de ampliar a rede de esgoto do município.

TABELA 4-Destino do lixo segundo a modalidade na área de abrangência da equipe de saúde da família São João Batista, no período de janeiro a junho de 2011

| MODALIDADE           | NÚMERO %     |
|----------------------|--------------|
| Coleta pública       | 1.073 (97,2) |
| Queimado / enterrado | 30 (2,8)     |
| Céu aberto           | 0            |

Fonte: SIAB-municipal/2011

Na tabela 4 verifica-se que o serviço de coleta pública presente no bairro é realizado com um percentual de 97% de coleta. Este é um fato importante para o município pois previne a proliferação de roedores e insetos.

- **ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS**

TABELA 5- Doenças referidas segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de saúde da família São João Batista, no período de janeiro a junho de 2011

---

| DOENÇAS REFERIDAS    | 0 A 14 ANOS | 15 ANOS E MAIS | TOTAL |
|----------------------|-------------|----------------|-------|
| Alcoolismo           | 0           | 11             | 11    |
| Doença de Chagas     | 0           | 0              | 0     |
| Deficiência          | 3           | 25             | 28    |
| Epilepsia            | 0           | 7              | 7     |
| Diabetes             | 0           | 43             | 43    |
| Hipertensão arterial | 0           | 300            | 300   |
| Tuberculose          | 0           | 1              | 1     |
| Hanseníase           | 0           | 1              | 1     |

---

Fonte: SIAB-municipal/2011

Na tabela 5 verificamos que a hipertensão arterial sistêmica é a morbidade referida mais prevalente na área de abrangência da equipe de saúde, cabendo à equipe promover prevenção para evitar o aparecimento de casos novos e monitoramento do tratamento dos usuários hipertensos para evitar outras comorbidades ou complicações que poderão causar seqüelas como os acidentes vasculares.

- **INDICADORES DE COBERTURA**

TABELA 6-Acompanhamento percentual de alguns indicadores da equipe de saúde da família São João Batista, de janeiro a abril de 2011

|  | Janeiro | Fevereiro | Março  | Abril |
|--|---------|-----------|--------|-------|
| INDICADOR  |         |           |        |       |
| a) N° de recém nascidos                          | 5       | 3         | 5      | 4     |
| % RN pesados ao nascer                           | 80%     | 100%      | 100%   | 100%  |
| % RN Peso < 2500 kg                              | 25%     | 33,33%    | 0%     | 25%   |
| % Aleitamento exclusivo em crianças < de 4 meses | 44,44%  | 91,67%    | 77,78% | 71,4% |
| % < 1 ano com vacina em dia                      | 64,52   | 75        | 60,98  | 57,14 |
| < 1 ano desnutridas                              | 0       | 0         | 0      | 0     |
| b) N° médio de gestantes cadastradas             | 20      | 24        | 19     | 18    |
| % gestantes < 20 anos                            | 35%     | 33,33%    | 10,53% | 5,56% |
| % gestantes acompanhadas                         | 95      | 70,83     | 94,74  | 94,44 |
| % gestantes vacinadas (toxóide tetânico)         | 47,37   | 70,59     | 61,11  | 52,94 |
| % consultas no início no 1º trimestre            | 47,37   | 70,59     | 61,11  | 52,94 |

Fonte: SIAB-municipal/2011

A tabela 6 mostra o acompanhamento do recém nascido em relação ao peso ao nascer, imunização, aleitamento e estado nutricional e da gestante em relação ao número de cadastradas, faixa etária acompanhamento e imunização (toxóide tetânico). Fazer os lançamentos corretos permite à equipe análise e acompanhamento do recém nascido e da gestante. Por exemplo, analisar a cobertura vacinal das gestantes por toxóide tetânico, verificar as que iniciaram o pré-natal no início do primeiro trimestre da gestação e aquelas que se encontram freqüentando as consultas regularmente. Pudemos destacar o baixo índice de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e que não foram vacinadas.

- **PRODUÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

TABELA 7- Consultas médicas pela equipe de saúde da família São João Batista, de janeiro a abril de 2011

| INDICADOR                 | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril |
|---------------------------|---------|-----------|-------|-------|
| Consultas médicas         | 345     | 179       | 291   | 346   |
| Total de Pessoas          | 1.283   | 1.283     | 1.283 | 1.283 |
| Média de Consulta na área | 0,27    | 0,14      | 0,23  | 0,27  |

Fonte: SIAB-municipal/2011

Verifica-se na tabela 7 que o atendimento e as demandas permaneceram estáveis no período, e a queda em fevereiro deveu-se provavelmente ao número menor de dias de atendimento.

TABELA 8 Atendimento percentual aos programas pela equipe de saúde da família São João Batista, de janeiro a abril de 2011

| INDICADOR %                      | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril |
|----------------------------------|---------|-----------|-------|-------|
| Puericultura                     | 4,73    | 5,30      | 5,15  | 7,05  |
| Pré-natal                        | 6,10    | 3,86      | 6,40  | 6,43  |
| Prevenção câncer cérvico-uterino | 2,44    | 3,61      | 3,12  | 2,66  |
| Diabetes                         | 4,27    | 5,06      | 6,08  | 8,46  |
| Hipertensão arterial sistêmica   | 22,10   | 21,69     | 31,67 | 31,19 |
| Hanseníase                       | 0,30    | 0,24      | 0     | 0     |
| Tuberculose                      | 0,15    | 0,24      | 0,16  | 0     |

Fonte: SIAB-municipal/2011

A tabela 8 demonstra o percentual maior de atendimento ao programa de hipertensão arterial sistêmica devido à sua prevalência na área de abrangência.

TABELA 9 Acompanhamento de alguns Indicadores da equipe de Saúde da família São João Batista, de janeiro a abril de 2011

| INDICADORES                 | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril |
|-----------------------------|---------|-----------|-------|-------|
| Atendimento especializado   | 12      | 9         | 5     | 9     |
| Internação Hospitalar       | 1       | 0         | 1     | 0     |
| urgência/emergência         | 1       | 0         | 2     | 2     |
| Patologia clínica           | 110     | 238       | 124   | 218   |
| Radiodiagnóstico            | 3       | 8         | 5     | 9     |
| Exames citocérvico-vaginal  | 3       | 0         | 2     | 0     |
| Ultrassonografia obstétrica | 4       | 1         | 2     | 2     |
| Outros exames               | 4       | 6         | 13    | 3     |

Fonte: SIAB-municipal/2011

Na tabela 9 verifica-se que os procedimentos de patologia clínica foram os mais freqüentes, baixa freqüência de internação e atendimentos de urgência e emergência características de uma unidade básica de saúde.

TABELA 10 Visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde da família São João Batista, de janeiro a abril de 2011

| VISITAS DOMICILIARES                 | NÚMERO |
|--------------------------------------|--------|
| Visitas domiciliares do médico       | 9      |
| Visitas domiciliares do enfermeiro   | 42     |
| Visitas profissionais de nível médio | 137    |
| Visitas de ACS                       | 2.961  |
| Total de visitas domiciliares        | 3.149  |

Fonte: SIAB-municipal

Na tabela 10 verifica-se que o número de visitas domiciliares do médico possui o valor reduzido em relação aos outros profissionais da equipe de saúde família.

TABELA 11 Procedimentos realizados pela equipe de saúde da família São João Batista, de janeiro a abril de 2011

---

| PROCEDIMENTO                           | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril |
|--|---------|-----------|-------|-------|
| Atendimentos individuais do enfermeiro | 311     | 236       | 350   | 292   |
| Sutura                                 | 2       | 2         | 1     | 0     |
| Curativos                              | 58      | 48        | 41    | 50    |
| Inalações                              | 24      | 18        | 18    | 12    |
| Injeções                               | 38      | 25        | 35    | 58    |
| Retirada de pontos                     | 13      | 12        | 22    | 14    |
| Terapia de Reidratação Oral            | 0       | 0         | 0     | 0     |
| Grupo de educação em saúde             | 2       | 3         | 4     | 3     |
| Reuniões                               | 1       | 1         | 1     | 0     |

---

Fonte: SIAB-municipal/2011

Na tabela 11 verifica-se incidência zero para terapia de reidratação oral, que demonstra que não houve casos de diarreias no período.

Após a análise de todos os relatórios citados e tabelas acima, conclui-se por um diagnóstico situacional. Os principais problemas identificados foram: a população adstrita está acima do preconizado, verificou-se o alto índice de hipertensos, baixa cobertura vacinal das gestantes e que o sistema de esgoto sanitário é precário.

Para enfrentamento dos problemas identificados foram usados os Cadernos de Atenção Básica do Controle de Hipertensão Arterial e a política de atenção básica.

O quadro 3 demonstra o plano de ações a ser desenvolvido pela equipe para o enfrentamento dos problemas prioritários identificados no diagnóstico, as atividades planejadas e os participantes envolvidos.

Quadro 3 Plano de Ação

| Problema                                  | Estratégia   | Ações   | Atividades  | Participantes  | Recursos  | Cronograma |
|---|--|---|---|--|---|------------|
| População adstrita acima do preconizado   | Elaborar relatório sobre a população adstrita da área da UBS.  | Enviar relatório para o Departamento de Atenção Básica Municipal, solicitando parecer sobre esta situação.  | Reuniões da equipe de saúde da família para discutir sobre o número extrapolado da população adstrita e os impactos sobre a qualidade do serviço da UBS.                                      | Equipe de saúde da família e coordenação da atenção básica.  | Equipe; relatórios, indicadores de saúde e a portaria que regulamenta a atenção básica. | Mensal     |
| Baixa cobertura vacinal nas gestantes     | Promover ações educativas através do programa de Pré-Natal, com o apoio da ACS   | Atividades educativas para as gestantes sobre a importância das vacinas.  | Vacinar todas as gestantes com a vacina toxóide tetânico; atualizar o cartão espelho.   | Equipe de Saúde da Família   | Equipes, relatórios, materiais audiovisuais, vacinas, panfletos e cartazes              | Mensal     |
| Alto índice de hipertensos                | Promover ações educativas através do programa de hiperdia e do NASF para evitar o aparecimento de novos casos de hipertensos | Atividades educativas.  | Atividades físicas, aferição de níveis pressóricos, reuniões em grupo, diagnóstico precoce e distribuição de medicamentos e monitoramento do tratamento.                                      | Equipe de saúde da família e equipe do NASF.   | Equipes, relatórios, materiais audiovisuais, panfletos e cartazes,                      | Mensal     |
| Sistema de esgotamento sanitário precário | Elaborar relatório baseado no SIAB, sobre o déficit de rede esgoto no bairro da UBS.   | Enviar relatório para a Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Infra-estrutura solicitando providencias para o aumento de rede de esgoto no município. | Reuniões da equipe com associações do bairro, lideranças da comunidade, e juntos elaborar o relatório mostrando as conseqüências da falta de rede de esgoto como o problema de saúde pública. | Equipe de saúde da família, lideranças das comunidades, população do bairro, secretários de saúde e infra-estrutura. | Relatórios do SIAB, relatórios da equipe com a comunidade e indicadores de saúde.       | Mensal     |

Concluído o plano de ação, organizou-se um encontro com a equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde São João Batista, realizado na própria unidade para facilitar a participação de todos os profissionais da equipe. No encontro usou-se recursos audiovisuais para apresentação deste estudo.

Durante a apresentação enfatizou-se a importância dos relatórios e das informações obtidas através do SIAB, que pode ser usado como instrumento norteador das ações de saúde da equipe. No decorrer da apresentação vários relatos dos profissionais presentes foram marcantes:

(...) não há discussão sobre os dados do SIAB (...)

(...) existe sobrecarga dos profissionais por trabalhos manuais na consolidação (...)

(...) falta de capacitação dos profissionais (...)

(...) nem todos os profissionais da equipe sabem manusear ou entraram em contato com o sistema (...)

(...) a equipe não têm utilizado o SIAB no planejamento e na avaliação das ações de saúde (...)

(...) os profissionais relaram a importância da equipe em reunir e discutir os problemas da saúde, e com isso planejar ações para melhoria do atendimento a população (...)

Analisando estes relatos, verifica-se que são as mesmas dificuldades de outros estudos citados na literatura.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SIAB é um sistema que pode ser considerado inovador, uma vez que opera de forma diferenciada, com dados que em geral, existem agregados em diversos outros sistemas. Representa avanços no que se refere ao processo de consolidação dos dados, permitindo diferentes níveis de agregação das informações no nível municipal. Sua metodologia de coleta com uma busca ativa da informação através do trabalho diário da equipe, garante uma boa sensibilidade dos seus indicadores. O SIAB possibilita, ainda, provocar o interesse das autoridades políticas, dos gerentes e de todas as equipes técnicas municipais para análise da situação de saúde da comunidade, com potencial de influenciar decisões relevantes.

Na realização deste estudo, foi observado o uso pela equipe de várias fichas de coleta, e que um grande volume de dados é consolidado manualmente. Tal procedimento além aumentar na morosidade do processamento dos dados acarreta sobrecarga de trabalho para os profissionais. Vale ressaltar que a construção dos indicadores de acompanhamento de grupos de risco, são definidos a partir da visita domiciliar do agente comunitário de saúde, e não decorrentes da consulta do médico ou do enfermeiro, sendo portanto construído pela morbidade referida.

Este estudo permitiu verificar que os profissionais envolvidos com o SIAB reconhecem suas potencialidades, porém mesmo diante de sua importância, ele não é utilizado para o planejamento local das ações, por motivos tais como: a resistência ao modelo e não inclusão da discussão dos dados nas rotinas diárias da equipe. Há dificuldade por parte dos profissionais, que têm dúvidas em relação à interpretação e significado dos campos a serem preenchidos nos formulários existentes.

É necessário intensificar o processo de capacitação das equipes para a operação do SIAB (quanto à coleta, registros e análise dos dados), bem como estruturar grupos para uma análise e discussão sistemática das informações disponibilizadas pelo sistema, por parte da coordenação municipal do programa. A organização e discussão conjunta pela equipe permite identificar inconsistências dos dados e a utilidade e oportunidade das ações programadas a partir do diagnóstico situacional.

Para tanto é necessário a capacitação permanente das equipes de saúde da família para atuar no cuidado integral, realizando campanhas

educativas, efetivando maior integração entre os serviços de saúde e a comunidade, criando uma rede de referência e contra-referência e parcerias com os setores da comunidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília – DF. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2488, de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília – DF. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 1998-2000**. Brasília: 2002.

EUNÁPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **SIAB: ESF área urbana**. Jan/Abril, 2011.

FREITAS F.P; PINTO I.C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica- SIAB. **Rev Latino-am Enferm**. 2005; 13(4): 547-54.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010**. Eunápolis-BA: IBGE, 2010.

RADIGONDA, B; CARVALHO, W.O;NUNES,E.F.P.A. Sistema de Informação da Atenção e sua utilização pela equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para saúde**, Londrina, v.12, n.1, p.38-47, dez.2010.

# ANEXOS

## ANEXO 1- Ficha A – Cadastramento Familiar

|                      |                     |  |                      |                    |  |                             |
|----------------------|---------------------|--|----------------------|--------------------|--|-----------------------------|
| <b>FICHA A</b>       |                     | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br/>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b> |                      |                    |  | UF                          |
| <b>ENDEREÇO</b>      |                     |  | <b>NÚMERO</b><br>    | <b>BAIRRO</b>      |  | <b>CEP</b><br>            - |
| <b>MUNICÍPIO</b><br> | <b>SEGMENTO</b><br> | <b>ÁREA</b><br>  | <b>MICROÁREA</b><br> | <b>FAMÍLIA</b><br> |  | <b>DATA</b><br>    -     -  |

| CADASTRO DA FAMÍLIA                    |            |       |      |              |     |          |                                     |
|--|------------|-------|------|--------------|-----|----------|-------------------------------------|
| PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS<br><br>NOME | DATA NASC. | IDADE | SEXO | ALFABETIZADO |     | OCUPAÇÃO | DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla) |
|  |            |       |      | sim          | não |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |
|  |            |       |      |              |     |          |                                     |

| PESSOAS DE 0 A 14 ANOS<br><br>NOME | DATA NASC. | IDADE | SEXO | FREQUENTE A ESCOLA |     | OCUPAÇÃO | DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla) |
|------------------------------------|------------|-------|------|--------------------|-----|----------|-------------------------------------|
|                                    |            |       |      | sim                | não |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |
|                                    |            |       |      |                    |     |          |                                     |

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas

*ALC - Alcoolismo*

*EPI - Epilepsia*

*HAN - Hanseníase*

**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                      |  |

**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             |  |
|---------------------------------------|--|
| Hospital                              |  |
| Unidade de Saúde                      |  |
| Benedeira                             |  |
| Farmácia                              |  |
| Outros - Especificar:                 |  |
| MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA |  |
| Rádio                                 |  |
| Televisão                             |  |
| Outros - Especificar:                 |  |

| PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS     |  |
|--------------------------------------|--|
| Cooperativa                          |  |
| Grupo religioso                      |  |
| Associações                          |  |
| Outros - Especificar:                |  |
| MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA |  |
| Ônibus                               |  |
| Caminhão                             |  |
| Carro                                |  |
| Carroça                              |  |
| Outros - Especificar:                |  |

|  |  |                    |       |
|--|--|--------------------|-------|
| A família é beneficiária do Programa Bolsa Família?  |  | NIS do Responsável | _____ |
| A família está inscrita no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CAD-Único)? |  |                    |       |

**ANEXO 2-Ficha B-DIA-Acompanhamento de Diabéticos**

|                                 |  |                               |                |                   |                       |            |
|---------------------------------|--|-------------------------------|----------------|-------------------|-----------------------|------------|
| <b>FICHA<br/>B – DIA</b>        | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br/>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b> |                               |                |                   |                       | <b>ANO</b> |
| MUNICÍPIO<br> _ _ _ _ _ _ _ _ _ | SEGMENTO<br> _ _   | UNIDADE<br> _ _ _ _ _ _ _ _ _ | ÁREA<br> _ _ _ | MICROÁREA<br> _ _ | NOME DO PROFISSIONAL: |            |

**ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS**

| Identificação          | Sexo | Idade |                                | Meses |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Observações |  |
|------------------------|------|-------|--------------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|--|
|                        |      |       |                                | Jan   | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |             |  |
| Nome:<br><br>Endereço: |      |       | data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz dieta                      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz exercícios físicos         |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | usa insulina                   |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | toma hipoglicemiante oral      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
| Nome:<br><br>Endereço: |      |       | data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz dieta                      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz exercícios físicos         |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | usa insulina                   |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | toma hipoglicemiante oral      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
| Nome:<br><br>Endereço: |      |       | data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz dieta                      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz exercícios físicos         |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | usa insulina                   |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | toma hipoglicemiante oral      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
| Nome:<br><br>Endereço: |      |       | data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz dieta                      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz exercícios físicos         |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | usa insulina                   |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | toma hipoglicemiante oral      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |

|  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | data da última consulta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

## ACOMPANHAMENTO DE DIABÉTICOS

| Identificação          | Sexo | Idade |                                | Meses |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Observações |  |
|------------------------|------|-------|--------------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|--|
|                        |      |       |                                | Jan   | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |             |  |
| Nome:<br><br>Endereço: |      |       | data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz dieta                      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz exercícios físicos         |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | usa insulina                   |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | toma hipoglicemiante oral      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
| Nome:<br><br>Endereço: |      |       | data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz dieta                      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz exercícios físicos         |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | usa insulina                   |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | toma hipoglicemiante oral      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
| Nome:<br><br>Endereço: |      |       | data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz dieta                      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz exercícios físicos         |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | usa insulina                   |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | toma hipoglicemiante oral      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
| Nome:<br><br>Endereço: |      |       | data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz dieta                      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | faz exercícios físicos         |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | usa insulina                   |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | toma hipoglicemiante oral      |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |
|                        |      |       | data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |





|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          |              |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Diabetes |              |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |          | Pressão Alta |  |  |  |  |  |  |  |

| Identificação da gestante | Data da última regra | Data provável do parto | Data da Vacina |   |   |   | Estado Nutricional : <b>D</b> - Desnutrida<br><b>N</b> - Nutrida |  |  |  |  |  |  |  |  | Data da consulta de pré-natal  |  |  |  |  |  |  |  |  | Fatores de risco    | Resultado da gestação atual |    |    | Data da consulta de puerpério |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|----------------------|------------------------|----------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|-----------------------------|----|----|-------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                           |                      |                        | 1              | 2 | 3 | R | Mês de gestação  |  |  |  |  |  |  |  |  | Mês de gestação                |  |  |  |  |  |  |  |  |                     | NV                          | NM | AB | 1                             | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nome:<br><br>Endereço:    |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | OBS:                 |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data da visita do Profissional |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 ou mais gestações |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | Natimorto/Aborto    |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | 36 anos e mais      |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | Menos de 20 anos    |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nome:<br><br>Endereço:    |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | OBS:                 |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data da visita do Profissional |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 ou mais gestações |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | Natimorto/Aborto    |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | 36 anos e mais      |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | Menos de 20 anos    |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nome:<br><br>Endereço:    |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           | OBS:                 |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data da visita do Profissional |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 ou mais gestações |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | Natimorto/Aborto    |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | 36 anos e mais      |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | Menos de 20 anos    |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nome:                     |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | 6 ou mais gestações |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | Natimorto/Aborto    |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                           |                      |                        |                |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |  | 36 anos e mais      |                             |    |    |                               |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|           |      |                                |                  |
|-----------|------|--------------------------------|------------------|
| Endereço: | OBS: | Data da visita do Profissional | Menos de 20 anos |
|           |      |                                | Sangramento      |
|           |      |                                | Edema            |
|           |      |                                | Diabetes         |
|           |      |                                | Pressão Alta     |

### ANEXO 4-Ficha B-HA-Acompanhamento de Hipertensos

|                           |  |                         |                     |                          |                              |                 |
|---------------------------|--|-------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------|
| <b>FICHA B - HA</b>       | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br/>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b> |                         |                     |                          |                              | <b>ANO</b> ____ |
| <b>MUNICÍPIO</b><br>_____ | <b>SEGMENTO</b><br>____  | <b>UNIDADE</b><br>_____ | <b>ÁREA</b><br>____ | <b>MICROÁREA</b><br>____ | <b>NOME DO PROFISSIONAL:</b> |                 |

### ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS

| Identificação                  | Sexo | Idade | Fumante |    |                               | Meses |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Observações |  |  |
|--------------------------------|------|-------|---------|----|-------------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|--|--|
|                                |      |       | sim     | nã |                               | Jan   | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |             |  |  |
| Nome:<br><br><br><br>Endereço: |      |       |         |    | data da visita (profissional) |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
|                                |      |       |         |    | faz dieta                     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
|                                |      |       |         |    | toma a medicação              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
|                                |      |       |         |    | faz exercícios físicos        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
|                                |      |       |         |    | Pressão Arterial              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
|                                |      |       |         |    | data da última consulta       |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
| Nome:<br><br><br><br>Endereço: |      |       |         |    | data da visita (profissional) |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
|                                |      |       |         |    | faz dieta                     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
|                                |      |       |         |    | toma a medicação              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
|                                |      |       |         |    | faz exercícios físicos        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
|                                |      |       |         |    | Pressão Arterial              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
|                                |      |       |         |    | data da última consulta       |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
| Nome:                          |      |       |         |    | data da visita (profissional) |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |
|                                |      |       |         |    | faz dieta                     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |  |  |

|           |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Endereço: |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | toma a medicação        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | faz exercícios físicos  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | Pressão Arterial        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|           | data da última consulta |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS

| Identificação          | Sexo | Idade | Fumante |    |                               | Meses |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Observações |
|------------------------|------|-------|---------|----|-------------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|
|                        |      |       | sim     | nã |                               | Jan   | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |             |
| Nome:<br><br>Endereço: |      |       |         |    | data da visita (profissional) |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | faz dieta                     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | toma a medicação              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | faz exercícios físicos        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | Pressão Arterial              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | data da última consulta       |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
| Nome:<br><br>Endereço: |      |       |         |    | data da visita (profissional) |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | faz dieta                     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | toma a medicação              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | faz exercícios físicos        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | Pressão Arterial              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | data da última consulta       |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
| Nome:<br><br>Endereço: |      |       |         |    | data da visita (profissional) |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | faz dieta                     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | toma a medicação              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | faz exercícios físicos        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | Pressão Arterial              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |
|                        |      |       |         |    | data da última consulta       |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |             |

**ANEXO 5 - Ficha B-HAN-Acompanhamento de pessoas com Hanseníase**

|                      |  |                    |                 |                      |                              |  |  |  |  |  |            |
|----------------------|--|--------------------|-----------------|----------------------|------------------------------|--|--|--|--|--|------------|
| <b>FICHA B - HAN</b> | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br/>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b> |                    |                 |                      |                              |  |  |  |  |  | <b>ANO</b> |
| <b>MUNICÍPIO</b><br> | <b>SEGMENTO</b><br>  | <b>UNIDADE</b><br> | <b>ÁREA</b><br> | <b>MICROÁREA</b><br> | <b>NOME DO PROFISSIONAL:</b> |  |  |  |  |  |            |

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENÍASE**

| Identificação            | Sexo | Idade |                                    | Meses |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Outras Informações |                    |  |
|--------------------------|------|-------|------------------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|--------------------|--|
|                          |      |       |                                    | Jan   | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |                    |                    |  |
| Nome<br><br><br>Endereço |      |       | Data da visita do profissional     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    | Nº de Comunicantes |  |
|                          |      |       | Toma medicação diária              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                          |      |       | Data da última dose supervisionada |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                          |      |       | Faz auto-cuidados                  |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                          |      |       | Data da última consulta            |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                          |      |       | Comunicantes examinados            |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                          |      |       | Comunicantes que receberam BCG     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
| Nome<br><br><br>Endereço |      |       | Data da visita do profissional     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Nº de Comunicantes |                    |  |
|                          |      |       | Toma medicação diária              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                          |      |       | Data da última dose supervisionada |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                          |      |       | Faz auto-cuidados                  |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                          |      |       | Data da última consulta            |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                          |      |       | Comunicantes examinados            |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                          |      |       | Comunicantes que receberam BCG     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
| Nome<br><br><br>Endereço |      |       | Data da visita do profissional     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Nº de Comunicantes |                    |  |
|                          |      |       | Toma medicação diária              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                          |      |       | Data da última dose supervisionada |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                          |      |       | Faz auto-cuidados                  |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |

|                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Data da última consulta        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comunicantes examinados        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comunicantes que receberam BCG |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HANSENÍASE**

| Identificação        | Sexo | Idade |                                    | Meses |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Outras Informações |                    |  |
|----------------------|------|-------|------------------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|--------------------|--|
|                      |      |       |                                    | Jan   | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |                    |                    |  |
| Nome<br><br>Endereço |      |       | Data da visita do profissional     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    | Nº de Comunicantes |  |
|                      |      |       | Toma medicação diária              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Data da última dose supervisionada |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Faz auto-cuidados                  |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Data da última consulta            |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Comunicantes examinados            |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Comunicantes que receberam BCG     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
| Nome<br><br>Endereço |      |       | Data da visita do profissional     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Nº de Comunicantes |                    |  |
|                      |      |       | Toma medicação diária              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Data da última dose supervisionada |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Faz auto-cuidados                  |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Data da última consulta            |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Comunicantes examinados            |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Comunicantes que receberam BCG     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
| Nome<br><br>Endereço |      |       | Data da visita do profissional     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Nº de Comunicantes |                    |  |
|                      |      |       | Toma medicação diária              |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Data da última dose supervisionada |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Faz auto-cuidados                  |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Data da última consulta            |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Comunicantes examinados            |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |
|                      |      |       | Comunicantes que receberam BCG     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |  |



**ANEXO 6 - Ficha B-TB-Acompanhamento de Tuberculose**

|                                    |  |                                  |                       |                          |                              |            |
|------------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------------|------------|
| <b>FICHA<br/>B – TB</b>            | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br/>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b> |                                  |                       |                          |                              | <b>ANO</b> |
| <b>MUNICÍPIO</b><br> _ _ _ _ _ _ _ | <b>SEGMENTO</b><br> _ _  | <b>UNIDADE</b><br> _ _ _ _ _ _ _ | <b>ÁREA</b><br> _ _ _ | <b>MICROÁREA</b><br> _ _ | <b>NOME DO PROFISSIONAL:</b> |            |

**ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE**

| Identificação |          | Sexo | Idade |                                | Meses |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       | Outras Informações    |  |
|---------------|----------|------|-------|--------------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
|               |          |      |       |                                | Jan   | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov                   | Dez                   |                       |  |
| Nome          | Endereço |      |       | Data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       | Nº de Comunicantes    |  |
|               |          |      |       | Toma medicação diária          |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       | Comunicantes < 5 anos |  |
|               |          |      |       | Reações indesejáveis           |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       |                       |  |
|               |          |      |       | Data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       |                       |  |
|               |          |      |       | Exame de escarro               |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       |                       |  |
|               |          |      |       | Comunicantes examinados        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       |                       |  |
|               |          |      |       | < 5 anos com BCG               |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       |                       |  |
| Nome          | Endereço |      |       | Data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       | Nº de Comunicantes    |                       |  |
|               |          |      |       | Toma medicação diária          |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       | Comunicantes < 5 anos |                       |  |
|               |          |      |       | Reações indesejáveis           |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       |                       |  |
|               |          |      |       | Data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       |                       |  |
|               |          |      |       | Exame de escarro               |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       |                       |  |
|               |          |      |       | Comunicantes examinados        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       |                       |  |
|               |          |      |       | < 5 anos com BCG               |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       |                       |  |
| Nome          | Endereço |      |       | Data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Nº de Comunicantes    |                       |                       |  |
|               |          |      |       | Toma medicação diária          |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Comunicantes < 5 anos |                       |                       |  |
|               |          |      |       | Reações indesejáveis           |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       |                       |  |
|               |          |      |       | Data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                       |                       |                       |  |

|                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Exame de escarro        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comunicantes examinados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| < 5 anos com BCG        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ACOMPANHAMENTO DE TUBERCULOSE**

| Identificação        | Sexo | Idade |                                | Meses |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Outras Informações |                    |                       |  |  |
|----------------------|------|-------|--------------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|--------------------|-----------------------|--|--|
|                      |      |       |                                | Jan   | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |                    |                    |                       |  |  |
| Nome<br><br>Endereço |      |       | Data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    | Nº de Comunicantes |                       |  |  |
|                      |      |       | Toma medicação diária          |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    | Comunicantes < 5 anos |  |  |
|                      |      |       | Reações indesejáveis           |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
|                      |      |       | Data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
|                      |      |       | Exame de escarro               |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
|                      |      |       | Comunicantes examinados        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
|                      |      |       | < 5 anos com BCG               |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
| Nome<br><br>Endereço |      |       | Data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    | Nº de Comunicantes |                       |  |  |
|                      |      |       | Toma medicação diária          |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    | Comunicantes < 5 anos |  |  |
|                      |      |       | Reações indesejáveis           |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
|                      |      |       | Data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
|                      |      |       | Exame de escarro               |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
|                      |      |       | Comunicantes examinados        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
|                      |      |       | < 5 anos com BCG               |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
| Nome<br><br>Endereço |      |       | Data da visita do profissional |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    | Nº de Comunicantes |                       |  |  |
|                      |      |       | Toma medicação diária          |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    | Comunicantes < 5 anos |  |  |
|                      |      |       | Reações indesejáveis           |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
|                      |      |       | Data da última consulta        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
|                      |      |       | Exame de escarro               |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
|                      |      |       | Comunicantes examinados        |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |
|                      |      |       | < 5 anos com BCG               |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                    |                    |                       |  |  |

**ANEXO 7- Ficha D - Registro de Atividades, procedimentos e notificações**

|   |  |   |                 |                    |                                   |              |            |
|---|--|---|-----------------|--------------------|-----------------------------------|--------------|------------|
| <b>FICHA D</b>  | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>           |   |                 |                    |                                   |              | <b>ANO</b> |
|   | <b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b> |   |                 |                    |                                   |              | ____       |
| MUNICÍPIO  ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____               | SEGMENTO  ____                                 | UNIDADE<br> ____ ____ ____ ____ ____ ____ | ÁREA  ____ ____ | MICROÁREA<br> ____ | PROFISSIONAL  ____ ____ ____ ____ | MÊS<br> ____ |            |
| <b>REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES</b> |  |   |                 |                    |                                   |              |            |

| <b>DIAS</b> →                                 |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>Total</b> |  |
|---|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|
| <b>C. O N S. M É D I C A</b>                  | Residentes fora da área de abrangência |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |
|   |  | < 1     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |
|   |  | 1 - 4   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |
|   |  | 5 - 9   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |
|   | Residentes                             | 10 - 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |
|   | na área de                             | 15 - 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |
|   | abrangência                            | 20 - 39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |
|   | da equipe                              | 40 - 49 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |
|   |  | 50 - 59 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |
|   | 60 e 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                  | Patologia Clínica                      |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |
|   | Radiodiagnóstico                       |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |
|   | Citopatológico cérvico-vaginal         |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |

|                       |                             |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----------------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| complementares        | Ultrassonografia obstétrica |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | Outros                      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | Encaminha-<br>Mentos        | Atend. Especializado |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Médicos               | Internação Hospitalar       |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | Urgência/Emergência         |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Internação Domiciliar |                             |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| DIAS ⇨           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Total |  |
|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|
| P                | Atendimento específico para AT         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| R                | Visita de Inspeção Sanitária           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| O                | Atend. individual prof. nível superior |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| C                | Curativos                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| E                | Inalações                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| D                | Injeções                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| I                | Retirada de pontos                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| M                | Terapia da Reidratação Oral            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| E                | Sutura                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| N                | Atend. Grupo - Educação em saúde       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| T                | Procedimentos Coletivos I (PC I)       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| O                | Reuniões                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| S                | Visita domiciliar                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| N<br>O<br>T<br>I | A                                      | < 2 anos que tiveram diarreia                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
|                  | C                                      | < 2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
|                  | S                                      | < 2anos que tiveram Infecção Respiratória Aguda    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| F<br>I           | M                                      | Pneumonia em < 5 anos                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
|                  |  | Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| C<br>A<br>Ç      | E<br>D                                 | Acidente Vascular Cerebral                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
|                  |  | Infarto Agudo do Miocárdio                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
|                  |  | DHEG (forma grave)                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
| Õ<br>E<br>S      | E<br>N                                 | Doença Hemolítica Perinatal                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
|                  |  | Fratura de colo de fêmur em >50 anos               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |
|                  |  | Meningite tuberculosa em < 5 anos                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |

|                        |  |                 |  |  |  |             |              |              |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|-----------------|--|--|--|-------------|--------------|--------------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| F                      | Hanseníase com incapacidade II e III                   |                 |  |  |  |             |              |              |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        | Citologia Oncótica NIC III (carcinoma <i>in situ</i> ) |                 |  |  |  |             |              |              |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>HOSPITALIZAÇÕES</b> |  |                 |  |  |  |             |              |              |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <i>DATA</i>            | <i>NOME</i>  | <i>ENDEREÇO</i> |  |  |  | <i>SEXO</i> | <i>IDADE</i> | <i>CAUSA</i> |  |  |  | <i>NOME DO HOSPITAL</i> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |                 |  |  |  |             |              |              |  |  |  |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ANEXO VIII – Relatório SSA2 – Relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área/Equipe**

|  |  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|--|--|----------|----------|----------|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------------|-----------|--------------|----------------|--|--|
| <b>Relatório SSA2</b>  | <b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE<br/>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b> |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           | MÊS:  __ __  | ANO:  __ __ __ |  |  |
| MUNICÍPIO (nome):  | MUNICÍPIO (código):  __ __ __ __ __  |          |          |          | SEGMENTO  __ __ | UNIDADE  |          |          |          | ÁREA  __ __ __ |           |              |                |  |  |
| <b>RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE</b> |  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
| <b>MICROÁREA ⇨</b>   |  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b>        | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> | <b>8</b> | <b>9</b>       | <b>10</b> | <b>TOTAL</b> |                |  |  |
| <b>C<br/>R<br/>I<br/>A<br/>N<br/>Ç<br/>A<br/>S</b>                                 | Nascidos vivos no mês  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|  | RN pesados ao nascer   |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|  | RN pesados ao nascer, com peso < 2500g   |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|  | <b>De 0 a 3 meses e 29 dias</b>  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|  | Aleitamento exclusivo  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|  | Aleitamento misto  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|  | <b>De 0 a 11 meses e 29 dias</b>   |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|  | Com as vacinas em dia  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|  | Pesadas  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|  | Desnutridas  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|  | <b>De 12 a 23 meses e 29 dias</b>  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|  | Com as vacinas em dia  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
|  | Pesadas  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |
| Desnutridas  |  |          |          |          |                 |          |          |          |          |                |           |              |                |  |  |

|                             |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                             | <b>Menores de 2 anos</b>                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                             | Que tiveram diarreia                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                             | Que tiveram diarreia e usaram TRO       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                             | Que tiveram infecção respiratória aguda |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>G<br/>E<br/>S<br/>T.</b> | Cadastradas                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                             | Acompanhadas                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                             | Com vacina em dia                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                             | Fez consulta de pré-natal no mês        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                             | Com pré-natal iniciado no 1ºTRI         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                             | < 20 anos cadastradas                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| <b>MICROÁREA ⇨</b>                      |                                    | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> | <b>8</b> | <b>9</b> | <b>10</b> | <b>TOTAL</b> |
|---|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|--------------|
| <b>Diabéticos</b>                       | cadastrados                        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
|   | acompanhados                       |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
| <b>Hipertensos</b>                      | cadastrados                        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
|   | acompanhados                       |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
| <b>Pessoas com Tuberculose</b>          | cadastradas                        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
|   | acompanhadas                       |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
| <b>Pessoas com Hanseníase</b>           | cadastradas                        |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
|   | acompanhadas                       |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
| <b>H<br/>O<br/>S<br/>P<br/>I<br/>T.</b> | Menores de 5 anos por pneumonia    |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
|   | Menores de 5 anos por desidratação |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
|   | Por abuso de álcool                |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
|   | Por complicações do Diabetes       |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
|   | Por outras causas                  |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |
| <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 e 29 dias</b>  |                                    |          |          |          |          |          |          |          |          |          |           |              |

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Ó</b>  | Por diarreia                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Por infecção respiratória                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Por outras causas                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>I</b>  | <b>De menores de 1 ano</b>                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>T</b>  | Por diarreia                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Por infecção respiratória                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | Por outras causas                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>S</b>  | <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 acompanhadas</b>             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Visita domiciliar – ACS/Outros profissionais</b> |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |