

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Administração
Curso de Especialização em Gestão em Saúde
(Modalidade a Distância)**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB):
uma comparação das famílias cadastradas em áreas
urbana e rural de São Lourenço do Sul, RS, 2012-2014**

Carla Weber Peters

**São Lourenço do Sul
2015**

Carla Weber Peters

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB):
uma comparação das famílias cadastradas em áreas
urbana e rural de São Lourenço do Sul, RS, 2012-2014**

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

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

**São Lourenço do Sul
2015**

Resumo

Objetivo: Sistematizar variáveis presentes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referentes às unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF) de São Lourenço do Sul, comparando as áreas urbana e rural no triênio 2012-2014. **Métodos:** Emprego de variáveis selecionadas que descrevem as condições de vida da população de acordo com a área de abrangência e a avaliação das ações em saúde desenvolvidas na Atenção Básica. **Resultados:** As famílias rurais cadastradas apresentavam como principal destino do lixo ser queimado ou enterrado (79,2%), consumindo água sem tratamento (89%), proveniente de poço ou nascente (94,3%), sendo o emprego de fossa (75,7%) o destino das fezes e urina. Da totalidade de famílias cadastradas, 70,6%, em área rural, e 61%, em área urbana, eram acompanhadas e 49,3% e 43,7%, respectivamente, receberam visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde. O total geral de consultas médicas foi maior na área rural, com menor proporção de encaminhamentos médicos (5,75%) e maior de atendimentos de puericultura, prevenção do câncer cérvico uterino e atendimentos em grupos para a realização de ações de educação em saúde. Na área urbana, os de atendimento de Pré-natal, hipertensos e diabéticos foram superiores. **Conclusão:** O estudo permitiu a conhecer a realidade sócio-sanitária das famílias cadastradas e o perfil da atenção básica, de acordo com as especificidades dos territórios, podendo servir como apoio para melhoria do acesso e qualidade das ações em saúde.

Palavras – chave: Atenção Primária à Saúde, Sistema de Informação em Saúde, Administração e Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS-ÁGUA	Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Proporção de famílias segundo situação de moradia e saneamento nas áreas urbana e rural, 2014.	20
Tabela 2 – Proporção dos locais procurados, em caso de doença, na área urbana, 2012 a 2014.	22
Tabela 3 – Proporção dos locais procurados, em caso de doença, na área rural, 2012 a 2014.	22
Tabela 4 - Proporção de famílias segundo situação de acompanhamento, 2014.	22
Tabela 5 - Situação da Atenção Básica em Saúde, 2014.	25

Sumário

1	Introdução	6
2	Contexto do Estudo	9
3	Objetivos	15
3.1	Objetivo Geral	15
3.2	Objetivo Específico	15
4	Métodos	16
4.1	Caracterização do Estudo	16
4.2	Local do Estudo	16
4.3	Coleta de Dados	16
5	Resultado e Discussão	20
6	Conclusão	26
	REFERÊNCIAS	28
	APÊNDICES	32
	APÊNDICE A - ACEITE INSTITUCIONAL	33
	ANEXOS	34
	ANEXO A- Variáveis referentes à Ficha – A da área urbana, no período de 2012 a 2014.	35
	ANEXO B- Variáveis referentes à Ficha – A da área rural, no período de 2012 a 2014.	36
	ANEXO C- Variáveis referentes ao Relatório SSA 2, da área urbana, no período de 2012 a 2014.	37
	ANEXO D- Variáveis referentes ao Relatório SSA 2, da área rural, no período de 2012 a 2014.	38
	ANEXO E- Variáveis referentes ao Relatório PMA2 SSA2, da área urbana, no período de 2012 a 2014.	39
	ANEXO F- Variáveis referentes ao Relatório PMA2, da área rural, no período de 2012 a 2014.	40

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, a define como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p.19).

De acordo com essa política, a Atenção Básica é realizada através de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, de forma descentralizada e próxima da vida do sujeito, levando em conta sua singularidade e características socioculturais, visando à integralidade da atenção, constituindo a principal porta de entrada do sistema de saúde, sendo norteada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada, inicialmente, como Programa, em 1994, pelo Ministério da Saúde, surgiu com o objetivo de atender às necessidades de integralidade das ações, tornando-se um dos elementos de maior importância no processo de reorientação do modelo de atenção em saúde no Brasil, com enfoque nas atividades de prevenção, sem prejuízo das ações assistenciais, por meio do trabalho em equipe, e sendo responsável pelo acompanhamento de populações em territórios (BRASIL, 2012).

Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, a equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000. Essas equipes são compostas por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser

complementada por cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

No país, existem 39.308 equipes de Estratégia de Saúde da Família implantadas, o que representa uma proporção de cobertura populacional estimada de 62,5%. No estado do Rio Grande do Sul (RS), 1.780 equipes implantadas e 52,6% de cobertura populacional (DAB, 2012).

Em São Lourenço do Sul, são 11 equipes de Estratégia de Saúde da Família implantadas, atingindo 88,2 % de cobertura populacional, acima das médias nacional e estadual (DAB, 2012). Na área rural, o município apresenta uma cobertura de 93%, contando com 6 Unidades Básicas de Saúde com equipes de ESF com Saúde Bucal Modalidade I, evitando vazios assistenciais e apresentando um espaço de reconstrução do processo saúde-doença, através do foco na prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, houve um crescimento significativo do número de famílias acompanhadas, surgindo a necessidade de um sistema especial para a administração dos dados coletados. Para tal, foi desenvolvido pelo DATASUS, em 1998, o Sistema de Informações de Atenção da Atenção Básica (SIAB), visando agregar, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica. Esse sistema se tornou parte fundamental da Estratégia de Saúde da Família, pois incorporou, em sua formulação, dados mínimos essenciais para a reorganização do modelo assistencial no país (BRASIL, 2003).

O SIAB produz relatórios que apoiam os profissionais das equipes de atenção básica no delineamento do diagnóstico sócio-sanitário da população adstrita, com o objetivo de definir as ações em saúde necessárias, além de permitir o acompanhamento das intervenções realizadas e a avaliação dos resultados alcançados. Também representa fonte de dados para órgãos governamentais, pesquisas acadêmicas da área de saúde, entre outras, que os aproveitam para estudos no campo da saúde coletiva (BRASIL, 2012).

Assim, o Sistema de Informação da Atenção Básica oferece subsídios para que o planejamento aconteça conforme as necessidades de cada população de forma específica, descentralizada e territorializada, almejando a qualidade de vida na área de abrangência, sendo imprescindível sua utilização para nortear a gestão

das equipes de Saúde da Família, produzindo indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas (DAB,2012).

Nessa perspectiva, este estudo deve ser compreendido como forma de fomentar o planejamento do processo de trabalho, nas áreas urbana e rural, de acordo com as especificidades das diferentes populações, na direção da qualificação e excelência dos serviços prestados. Uma vez que se torna indispensável à gestão do processo de trabalho considerar que, ainda que, aparentemente, as necessidades da população rural sejam semelhantes às encontradas na zona urbana, existem características que podem gerar distintas condições de saúde.

Com isso, o presente estudo visa descrever as variáveis de situação de moradia e saneamento, situação de saúde e acompanhamento das famílias da área de abrangência, produção e marcadores para avaliação presentes no Sistema de Informação da Atenção Básica em Saúde das unidades com Estratégia de Saúde da Família de São Lourenço do Sul, comparando as áreas urbana e rural, possibilitando delinear o perfil situacional da Atenção Básica em Saúde do município.

2 CONTEXTO DO ESTUDO

No Brasil, os fatores sociais abordados pelo movimento da Reforma Sanitária, que teve seu apogeu na VIII Conferência Nacional de Saúde, onde ocorreu um debate com ampla participação sobre a situação de saúde no país e aprovação de um relatório com vistas à descentralização, participação popular e eficiência da gestão, colaboraram para as mudanças do modelo assistencial através da reorientação da assistência e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MOTTER, 2007; PEREIRA et al., 2010).

Assim, com a implantação do SUS, esperava-se a consolidação de um modelo assistencial com enfoque na prevenção de doenças e promoção da saúde de forma integrada, porém, a prática voltada para cura da doença ainda prevalecia em razão da diminuição da ação do Estado na década de 1990 (MOTTER, 2007).

Então, com a intenção de mudar esse cenário, ainda na mesma década, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de reorganização da Atenção Básica em Saúde no país, sendo criada em 1994, na condição de um programa com enfoque nas populações carentes do Nordeste brasileiro e reformulada em 1998, para que compreendesse a totalidade do sistema público de saúde, reafirmando os princípios da integralidade, da equidade, da universalidade e da participação popular (MOTTER, 2007; SARTI et al., 2012).

Dessa forma, a Estratégia de Saúde da Família, nas áreas urbana e rural, tem reorientado o atendimento na atenção básica de saúde, com base no retorno da prática generalista para o entendimento do processo saúde-doença, em consonância a realidade local e familiar e na territorialização, possibilitando à equipe de saúde sair da área urbana e se aproximar das comunidades, sejam ela rurais, quilombolas ou indígenas (FERNANDES e BOEHS, 2011; OLIVEIRA, 2014).

Em relação à comunidade rural, o GT de Medicina Rural declarou que, comumente, os índices de saúde e determinantes sociais, a cobertura preventiva e a autoavaliação da saúde, são piores do que na área urbana, além de apresentarem maior incidência de alguns agravos à saúde, sendo imprescindível que os profissionais possuam competências específicas para manejar suas condições de saúde (ANDO et al., 2011).

Podendo então, afirmar que, após longo tempo, a Atenção Básica veio a ser o centro dos esforços, programas e investimentos, compreendendo que as ações em saúde devem ir além das práticas curativas e priorizar a prevenção de doenças e promoção da saúde, indo ao encontro da comunidade, ao considerar que a saúde é construída socialmente (FREITAS; PINTO, 2005).

No que concerne às especificidades da Estratégia de Saúde da Família, a Política Nacional de Atenção Básica aponta:

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p54).

Sua equipe é multiprofissional e composta, necessariamente, por 1 médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade, 1 enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, 1 técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobertura de 100% da população cadastrada. Podem fazer parte da equipe os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012).

Ainda, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), é recomendada a responsabilidade de, no máximo, 4.000 pessoas por equipe, para qual se deve adotar como base o grau de vulnerabilidade das famílias do território adstrito, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a cobertura populacional. Tal recomendação se justifica na importância do trabalho das equipes de Saúde da Família na identificação das características de determinada população, servindo como auxílio para o planejamento, a organização, a tomada de decisões e a avaliação de ações e serviços com o objetivo de alcançar a integralidade e resolutividade da atenção.

Salientando a necessidade dos sistemas de informação nesse processo, uma vez que colaboram para transformação dos dados em informação e, por

consequente, em conhecimento para a equipe de saúde (MOREIRA, [s.d.]; RADIGONDA et al., 2010).

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é composto por subsistemas, visando facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde e apoiar processo de tomada de decisões, sendo considerado instrumento fundamental ao diagnóstico de saúde ao buscar ações mais próximas das necessidades em saúde da população em razão de particularidades, como a agregação de dados, as várias viabilidades de uso e o progressivo interesse dos gestores de sistemas de saúde em conhecer e dominar esses recursos, permitindo uma melhor definição das prioridades de saúde (BRASIL, 2002; MEDEIROS et al., 2005).

Um Sistema de Informação em Saúde tem como função:

- Organizar a produção de informações compatíveis com as necessidades dos diferentes níveis, garantindo uma avaliação permanente das ações executadas e do impacto destas sobre a situação de saúde;
- Assessorar o desenvolvimento de sistemas voltados para as especificidades das diferentes unidades operacionais do sistema de saúde;
- Contribuir para o desenvolvimento dos profissionais de saúde, para a construção de uma consciência sanitária coletiva, como base para ampliar o exercício do controle social e da cidadania. Também para resgatar uma relação mais humana entre a instituição e o cidadão (FERREIRA, 1999, p. 9).

Conforme Ferreira (1999), as informações essenciais para a gestão de um sistema de saúde devem possibilitar o conhecimento, o acompanhamento e a avaliação constante da condição de saúde e sustentar a tomada de decisões, tanto na gestão do sistema, quanto dos serviços de saúde com base na eficiência, na eficácia e na efetividade dos resultados alcançados.

De tal modo, o sistema de informação em saúde deve convir ao gerenciamento de informações necessárias para que os profissionais de saúde realizem suas atividades de forma eficiente e efetiva, assim como, propiciar o desenvolvimento de pesquisas e apoiar o processo de ensino, sendo imprescindível sua qualidade e confiabilidade ao descrever a situação de saúde, evitando dados subjetivos e ultrapassados (SAFRAN; PERREAULT, 2001 *apud* MARIN, 2010; BRASIL, 2002).

Marin (2010) explica que a eficiência está relacionada com a melhoria da utilização dos recursos pelos profissionais, tanto no processo assistencial, quanto de gestão, enquanto a efetividade considera as demandas dos usuários, propiciando indicativos sobre o planejamento e adequações necessárias para alcance das metas almejadas.

No entanto, ressalta-se que o acesso a essas informações não garante que as tomadas de decisões e as ações realizadas serão sempre adequadas, pois as mesmas não são neutras e podem ser influenciados pelas concepções, valores, intenções e a percepção de mundo do indivíduo que está utilizando, de modo que a incerteza se apresenta diante mesmo das informações pertinentes e confiáveis (FERREIRA, 1999).

Em relação ao Sistema Único de Saúde, um dos objetivos primordiais do Sistema de Informação em Saúde é o diagnóstico da situação de saúde no âmbito local, adotando, como referência, microrregiões homogêneas e levando em consideração as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença, cabendo ao nível local não somente o compromisso de alimentação do sistema de informação em saúde, mas, ainda, de sua organização e gestão (BRASIL, 2002).

Deste modo, outro aspecto de particular importância é a concepção do sistema de informação, que deve ser hierarquizado e cujo fluxo ascendente dos dados ocorra de modo inversamente proporcional à agregação geográfica, ou seja, em nível local faz-se necessário dispor, para as análises epidemiológicas, de maior número de variáveis (BRASIL, 2002, p. 62).

No Brasil, existe uma vasta rede de Sistemas de Informação em Saúde, na qual o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIS-SUS) são considerados as principais fontes de informação em saúde por sua importância para a Vigilância Epidemiológica. (BRASIL, 2002)

Outros importantes sistemas de informações são: o sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Sistema Nacional de Imunização (SI-PNI) e o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISÁGUA) (BRASIL, 2002).

Nesse trabalho, enfatizou-se o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), criado como instrumento de planejamento das ações e de orientação para a gestão das equipes, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, conforme as carências da população, além do monitoramento e avaliação da Atenção Básica em Saúde (LIMA et al., 2011).

O SIAB se diferencia dos demais sistemas locais de saúde ao contemplar os conceitos de território, problema e responsabilidade sanitária e ao adquirir características singulares, como a microespecialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções, a utilização mais ágil e oportuna da informação, a produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas e a consolidação progressiva da informação (MINISTÉRIO DA SAÚDE / DATASUS, 2008).

O SIAB fornece “informações sobre o cadastro de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE / DATASUS, 2008, on line), o delineamento da realidade demográfica e socioeconômica da população adstrita e a identificação de fatores determinantes do processo saúde-doença na atenção básica, o que contribui para as táticas de modificação dos indicadores locais. No entanto, é imprescindível que os dados sejam consolidados, relacionados, analisados e discutidos, como meio de planejamento local e municipal, a fim de orientar o processo de trabalho da equipe na direção de alcançar os objetivos e metas almejados (LIMA et al., 2011).

De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), as informações que compõem o SIAB são obtidas a partir de fichas utilizadas para realizar o Cadastramento, Acompanhamento Domiciliar e para o Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações da população do território de abrangência. São as seguintes:

- Ficha A: Ficha para cadastramento das famílias;
- Ficha B: Ficha para acompanhamento;
- Ficha B-GES: Ficha de Gestantes;
- Ficha B-HA: Ficha de Hipertensos;
- Ficha B-DIA: Ficha de Dia;
- Ficha B-TB: Ficha de pessoas com tuberculose;
- Ficha B- HAN: Ficha de pessoas com hanseníase;

- Ficha C: Ficha de acompanhamento da Criança;
- Ficha D: Ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações;
- Ficha A: Ficha de Cadastramento das famílias;
- SSA: Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias; e
- PMA: Relatório de Produção e Marcadores para Avaliação.

Para Bittar (2009), a consolidação dos dados atribui rapidez ao sistema, trazendo informações cabíveis ao processo de tomada decisão no campo da saúde e o elevado nível de desagregação beneficia seu uso no planejamento e gestão. Em relação ao acesso dessas informações, ressalta-se que:

A disponibilização da base de dados do SIAB na internet, faz parte das ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS, e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, publicizando, assim os dados para uso de todos atores envolvidos na consolidação do SUS (DATASUS, 2008, *on line*).

Com isso, compreende-se o SIAB como um facilitador dos processos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, apresentando papel importante na tomada de decisões no âmbito da saúde, destacando-se a necessidade de que os profissionais tenham pleno conhecimento sobre o sistema para que possam utilizar as informações de forma eficaz (DUARTE; TEDESCO; PARCIANELLO, 2012).

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Descrever os variáveis presentes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) nas unidades com Estratégia de Saúde da Família de São Lourenço do Sul (RS), 2012-2014.

3.2 Objetivos Específicos

a) Comparar as variáveis de situação de moradia e saneamento, situação de saúde e acompanhamento das famílias da área de abrangência, produção e marcadores para avaliação (consultas médicas, tipo de atendimentos médicos e de enfermeiros, encaminhamentos médicos, procedimentos e visitas domiciliares) segundo área urbana e rural, no período 2012 a 2014;

b) Delinear o perfil situacional da Atenção Básica em Saúde do município.

4 MÉTODOS

4.1 Caracterizações do Estudo:

Consiste em um estudo de abordagem quantitativa, de caráter descritivo e exploratório.

4.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no município de São Lourenço do Sul, localizado na região Sul do Rio Grande do Sul, que possui área de 2.036,13 km², com população, em 2010,, de 43.111 habitantes, sendo 21.623 homens e 21.488 mulheres. Do total, 24.237 (56,22 %) residem na zona urbana e 18.874 (43,78%) em zona rural. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM 2010) é de 0,687 (IBGE, 2014).

O município conta com 10 Unidades Básicas de Saúde com 11 equipes de Estratégia de Saúde da Família e Saúde Bucal I, distribuídas de forma descentralizada, nas zonas urbanas e rurais, além de duas Unidades Básicas de Saúde de modelo tradicional.

A rede de Saúde Mental é composta por um CAPS I, um CAPS III, um CAPS infantil, uma equipe de redução de danos e uma oficina de geração de emprego e renda. Complementam o sistema dois Hospitais, com atendimento pelo SUS, a Santa Casa de Misericórdia de São Lourenço do Sul, em zona urbana, e o Centro de Saúde São José da Reserva, em zona rural.

4.3 Coleta de Dados:

Primeiro, foi solicitada autorização para o desenvolvimento do estudo, através do envio do Termo de Aceite Institucional (Apêndice A), ao setor administrativo da Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço do Sul.

Após o consentimento institucional, iniciou-se a coleta de dados, a partir da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), considerado a principal ferramenta de monitoramento das ações em Saúde da Família.

Visando a organização operacional, foram selecionadas variáveis que permitissem o conhecimento das condições de vida da população, de acordo com a área de abrangência e a avaliação das ações em saúde desenvolvidas na Atenção Básica em Saúde, as quais foram agrupadas de acordo com o instrumento de coleta e consolidação de dados correspondente, como se apresenta a seguir:

O primeiro grupo de variáveis se refere ao cadastramento das famílias (Ficha A), propiciando à equipe de saúde conhecer a situação de vida dos indivíduos da sua área de abrangência e aperfeiçoar o planejamento de suas ações. São elas:

- Tipo de casa
 - Tijolo/Adobe
 - Taipa revestida
 - Taipa não revestida
 - Madeira
 - Material Aproveitado
 - Outros
- Energia Elétrica
- Destino do Lixo
 - Coletado
 - Queimado/Enterrado
 - Céu Aberto
- Tratamento da água
 - Filtração
 - Fervura
 - Cloração
 - Sem tratamento
- Abastecimento da água
 - Rede Pública
 - Poço/Nascente
 - Outros
- Destino das fezes e urina

- Sistema de Esgoto
- Fossa
- Céu aberto
- Em caso de doença, quem procura
 - Hospital
 - Unidade de Saúde
 - Benzedeira
 - Farmácia
 - Outros

O grupo seguinte alude à situação de saúde e acompanhamento das famílias da área de abrangência (Relatório SSA2):

- Total de famílias acompanhadas
- Visitas Domiciliares - ACS

Por fim, o grupo a seguir diz respeito à produção e marcadores para avaliação (Relatório PMA2):

- Consulta Médicas
 - Total geral de consultas
- Tipo de atendimento de médico e de enfermeiro
 - Puericultura
 - Pré – Natal
 - Prevenção do Câncer Cérvico – Uterino
 - Diabetes
 - Hipertensão Arterial
- Encaminhamentos médicos
 - Atendimento Especializado
- Procedimentos
 - Atendimento Individual Enfermeiro
 - Atendimento Grupo – Educação em Saúde
- Visitas Domiciliares
 - Total

O Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica (2003) serviu como instrumento norteador do processo de coleta e análise dos dados.

A partir dos dados levantados, foi realizado um diagnóstico comparativo da situação de saúde entre a zona urbana e a zona rural do município no triênio 2012-2014.

Por empregar dados secundários obtidos diretamente da base de dados da Secretaria Municipal de Saúde, após concordância institucional (Apêndice A), não foi necessário o encaminhamento a Comitê de Ética e Pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2014, havia um total de 9.452 famílias cadastradas no SIAB, das quais, 4.832 (51,1%) em área urbana e 4.620 (48,9%) em área rural.

O primeiro grupo de variáveis, relativas à Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica, apresenta a caracterização da situação de vida das famílias cadastradas nas áreas urbana e rural do município de São Lourenço do Sul (tabela 1). As variáveis, coletadas no período de 2012 a 2014, estão nos anexos A e B (p.35-36).

Tabela 1 – Proporção de famílias, segundo situação de moradia e saneamento, nas áreas urbana e rural, 2014.

Variáveis	Zona Urbana	Zona Rural	Total
	%	%	%
Tipo de casa			
Tijolo/Adobe	91,6	94,7	93,2
Taipa revestida	0,3	0,2	0,2
Taipa não revestida	0,0	0,0	0,0
Madeira	6,2	4,7	5,5
Material Aproveitado	0,1	0,1	0,1
Outros	1,8	0,2	1,0
Energia Elétrica	98,6	96,5	97,6
Destino do Lixo			
Coletado	98,2	14,5	57,3
Queimado/Enterrado	1,7	79,2	39,6
Céu Aberto	0,1	6,3	3,1
Tratamento da Água			
Filtração	20,2	6,0	13,3
Fervura	0,4	3,3	1,8
Cloração	77,9	1,7	40,7
Sem tratamento	1,5	89,0	44,2
Abastecimento de Água			
Rede Pública	98,3	4,1	52,2
Poço/Nascente	1,5	94,3	46,9
Outros	0,2	1,5	0,9
Destino fezes/ urina			
Sistema de Esgoto	61,3	1,0	31,8
Fossa	38,3	75,7	56,6
Céu Aberto	0,4	23,3	11,6
Famílias Cadastradas	51,1	48,9	100

Fonte: SIAB

Em relação à situação de moradia, em 2014, 93,2% das famílias cadastradas possui casas com paredes construídas com qualquer tipo de tijolo e 97,6%, energia elétrica, em patamares semelhantes, para as zonas urbana e rural.

As variáveis, entretanto, desvelam disparidade entre as áreas. As famílias rurais cadastradas têm como principal destino ao lixo do domicílio ser queimado ou enterrado (79,2%) e, em sua maior parte, não possuem tratamento da água, realizado continuamente, nos domicílios (89%), têm o abastecimento de água por meio de poço ou nascente (94,3%) e, a fossa, como esgotamento sanitário (75,7%) ao passo que, na área urbana, a maioria das famílias dispõe da coleta de lixo por empresa pública ou particular (98,2%), possui algum tipo de tratamento da água (98,5%), tem os domicílios servidos de água proveniente de uma rede pública de abastecimento (98,2%) e conta com uma rede geral em que os dejetos são canalizados para o sistema público de esgoto (61,3%). Ou seja, os determinantes sociais são piores no meio rural quando comparados ao meio urbano (ANDO, 2011), evidenciando a importância de considerar as especificidades de cada região para gestão do processo de trabalho, tendo em vista a integralidade da atenção.

No Rio Grande do Sul, em 2000, desigualdade parecida ocorria entre os territórios, sendo que, na área rural, mais da metade dos domicílios apresentava como o principal destino do lixo ser queimado (52,97%) e o abastecimento de água, por meio de poço ou nascente (69,86%), além da fossa rudimentar (55,36%), seguida da fossa séptica (22,05%), como instalações sanitárias mais utilizadas. Patamar muito distinto do observado em área urbana quanto à coleta como destino do lixo (97,42%) e o abastecimento de água por rede geral (92,58%), predominando, entre as instalações sanitárias, a fossa séptica (44,94%) e a rede geral (32,93%) (MS; DATASUS, 2008)

Quanto a variável relacionada ao padrão de vida das famílias cadastradas (tabelas 2 e 3), a unidade de saúde é mais procurada pelos doentes na área rural (77,6 %) e o hospital na área urbana (77,7 %).

Tabela 2 - Proporção dos locais procurados, em caso de doença, na área urbana, 2012 a 2014.

Variáveis	2012	2013	2014	Média
	%	%	%	%
Hospital	77,0	77,0	78,7	77,7
Unidade de Saúde	65,4	64,0	65,1	64,9
Benedeira	0,9	1,1	1,1	1,1
Farmácia	11,4	11,2	10,3	10,9
Outros	17,0	17,8	18,2	17,7
Famílias Cadastradas	3.492	3.716	4.832	4.013

Fonte SIAB

Tabela 3 – Proporção dos locais procurados, em caso de doença, na área rural, 2012 a 2014.

Variáveis	2012	2013	2014	Média
	%	%	%	%
Hospital	67,6	67,3	67,3	67,4
Unidade de Saúde	77,5	77,7	77,7	77,6
Benedeira	5,3	5,4	5,5	5,4
Farmácia	8,8	8,7	8,8	8,8
Outros	4,5	4,6	4,7	4,6
Famílias Cadastradas	4.696	4.594	4.620	4.636

Fonte SIAB

Por conseguinte, através do grupo alusivo ao Relatório SSA2, é possível delinear a situação do acompanhamento das famílias cadastradas nas áreas estudadas, sendo considerado, como referência, o ano de 2014, já que os demais períodos possuem informações incompletas, conforme é possível verificar nos anexos C e D (p.37-38).

Dessa forma, da totalidade de famílias cadastradas no sistema, 70,6% em área rural e 61% em área urbana, eram acompanhadas com visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde em 49,3% e 43,7% dos casos, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 – Proporção de famílias, segundo situação de acompanhamento, 2014.

Variáveis	Zona Urbana	Zona Rural
	%	%
Total de famílias acompanhadas	61	70,6
Visitas Domiciliares – ACS	43,7	49,3
Total de famílias cadastradas	4.832	4.620

Fonte: SIAB

Acredita-se que o percentual de famílias acompanhadas se justifique pelo número de agentes comunitários de saúde implantados, com proporção de cobertura populacional estimada de 78,9 % no mesmo período (DAB, 2012).

O terceiro grupo de indicadores se refere ao relatório PMA2, que consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadoras, possibilitando um panorama da situação da Atenção Básica em Saúde. Para fins de análise, também foi considerado o ano de 2014, em razão de que o ano de 2013, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica, apresenta informações incompletas, dificultando a realização da média do período de 2012 a 2014, como se pode conferir nos anexos E e F (p.39-40).

A tabela 5 apresenta, no primeiro bloco, o total geral de consultas médicas, que é maior na área rural, condizendo ao fato da unidade de saúde ser mais procurada, em caso de doença, pelas famílias cadastradas nesse território, além de provocar a reflexão que isso possa ocorrer em razão da facilidade do acesso proporcionado pela implantação descentralizada das Unidades Básicas de Saúde da Família em São Lourenço do Sul.

Cabendo lembrar que a Política Nacional de Atenção Básica (2012) diz que as “Unidades Básicas de Saúde instaladas perto de onde as pessoas, moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção de qualidade”.

O segundo bloco descreve o número de atendimentos médicos e de enfermagem, em moradores do município, verificando que, em relação ao número de pessoas na área rural, há um registro maior de atendimentos de puericultura e prevenção do câncer cérvico uterino e, na área urbana, de atendimento de pré-natal, de hipertensos e de diabéticos, realidade oposta à declaração do GT de Medicina Rural de que as taxas de cobertura preventiva são piores em áreas rurais (ANDO et al, 2011).

O terceiro bloco se refere aos encaminhamentos médicos ao atendimento ou tratamento especializado, no qual é possível constatar que, em relação ao número geral de consultas médicas no ano analisado, a proporção foi de 5,7% na área rural e 6,5% na área urbana, podendo ser considerada um bom indicativo de resolutividade das Unidades Básicas de Saúde da Família em ambos os segmentos, uma vez que, conforme o Ministério da Saúde (2012), consideram-se os

atendimentos ou tratamentos em qualquer especialidade, como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e todas as especialidades médicas, sendo possível, por meio da relação entre as consultas médicas e os encaminhamentos para esse tipo de atendimento, estimar se as queixas que levam os usuários à unidade estão sendo atendidas.

O quarto bloco aponta que o percentual de atendimento individual do enfermeiro, em relação ao número de pessoas, não variou significativamente, sendo de 30,3% nas unidades rurais e 31,3% nas unidades urbanas, no entanto, os atendimentos em grupos, para a realização de ações de educação em saúde, aconteceram em maior número na área rural, sendo importante destacar que, para caracterizar o procedimento como grupo, deve abranger, no mínimo, dez participantes e ter duração mínima de trinta minutos (BRASIL, 2003).

Por último, o número de visitas domiciliares por pessoa cadastrada/ano realizadas por profissionais de nível superior, por profissionais de nível médio e por agente comunitário de saúde, independente do objetivo, foi de 1,94 na área rural e 1,82 na área urbana. Esse número pode representar sinal de uma interação das equipes das Unidades de Saúde da Família com a população adstrita, ao considerar que são importantes para inserção e conhecimento da sua realidade.

Tabela 5 - Situação da Atenção Básica em Saúde - 2014

Variáveis	Zona Urbana	Zona Rural
Consultas Médicas		
Total geral de Consultas	14.728	20.163
Número de consultas/pessoa cadastrada	1,02	1,18
Tipo de Atendimento de Médico e Enfermeiro		
Puericultura	696	1.271
Pré-Natal	956	725
Prevenção de Câncer Cérvico-Uterino	1.378	1.901
Diabetes	3.891	1.559
Hipertensão	8.474	3.661
Encaminhamentos Médicos		
Atendimento Especializado	962	1.163
Procedimentos		
Atendimento Individual Enfermeiro	4.507	5.173
Atendimento Grupo – Educação em Saúde	371	657
Visitas Domiciliares		
Número de visitas/pessoa cadastrada	1,94	1,82
Número de visitas/família cadastrada	5,78	6,74
Famílias Cadastradas		
Número de Pessoas	14.384	17.022
Número de pessoas/família	2,97	3,68

Fonte: SIAB

6. CONCLUSÃO

O presente estudo buscou descrever as variáveis do Sistema de Informação da Atenção Básica nas Unidades Básicas de Saúde da Família, de São Lourenço do Sul, no período de 2012 a 2014, comparando as áreas urbana e rural. Em relação às condições de moradia, a situação de maior vulnerabilidade sanitária foi observada entre as famílias cadastradas no segmento rural, demandando intervenções, em saneamento básico, dos diferentes setores, como a saúde e o meio ambiente, de forma integrada.

Em caso de doença, a unidade de saúde é mais procurada pelas famílias rurais, reforçando a importância da descentralização da Atenção Básica em Saúde no município, não dispensando a realização de ações para conscientização, de a população reconhecê-la como contato preferencial, tanto área urbana, em que o hospital é apontado como o serviço mais procurado, quanto na área rural.

Quanto à situação do acompanhamento das famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica,, verificou-se que o número de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, é inferior ao número de famílias acompanhadas, tanto na área rural, quanto na área urbana, apontando à necessidade de direcionar a atenção da gestão e das equipes para esses dados, uma vez que as informações fornecidas servem de subsídio ao processo de planejamento, gestão e avaliação das ações em saúde.

Em relação à produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadoras, destaca-se que o total geral de consultas médicas e de alguns atendimentos de médico e de enfermeiro, como puericultura e prevenção do câncer cérvico-uterino, é maior no meio rural, como, também, os atendimentos em grupos para a realização de ações de educação em saúde, evidenciando que é possível ter uma atenção de qualidade com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos nos diferentes segmentos.

Por fim, a baixa proporção de encaminhamentos médicos e o considerável número de visitas domiciliares, realizadas em ambas as áreas, mostram que a maior parte das queixas, que levam os usuários à unidade de saúde, está obtendo resolutividade e uma boa interação entre as equipes de saúde da família e a população, respectivamente.

Assim, o estudo permitiu, a partir da descrição das variáveis presentes no Sistema de Atenção Básica em Saúde, comparando as áreas urbana e rural, conhecer a realidade sócio-sanitária das famílias cadastradas e o perfil da atenção básica, de acordo com as especificidades dos territórios, podendo servir como apoio para melhoria do acesso e qualidade das ações em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDO, N. M. Declaração de Brasília: O conceito de rural e o cuidado à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.6, n. 19, p. 142-144, abr./jun. 2011. Disponível em: <www.repositorio.ufpo.br/.../1/1ARTIGO_DeclaracaoBrasiliaConceito.pdf>. Acesso em: 14 de junho de 2014.

BITTAR, T. O. O sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v.14, n.1, p.77-81, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.upf/seer/index.php/rfo/article/view/675>>. Acesso em: 17 de janeiro de 2015.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Fundação Nacional de Saúde. 5ª Ed. Brasília: FUNASA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: **Manual do sistema de Informação de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**/Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. -Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Estratégia de Saúde da Família, 2012. Disponível em <http://dabsaude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em 17 de janeiro de 2015.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 03 de março de 2015.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Sistema de Informação da Atenção Básica, 2012. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>>. Acesso em 23 de outubro de 2014.

DUARTE, M.L.C.; TEDESCO, J.R.; PARCIANELLO. O uso do sistema de informação na estratégia de saúde da família: percepções dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, p. 111-117, 2012. Disponível em HTTP:// <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&nrm-iso>. Acesso em 20 de janeiro de 2014.

FERNANDES,G.C.M;BOEHS,A.E. Contribuições da Literatura para a Enfermagem de Família no contexto rural. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.4, p. 803-811, out./dez. 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/21.pdf> >. Acesso em 28 de fevereiro de 2015.

FERREIRA, S.M.G. Sistemas de Informação em Saúde: Conceitos fundamentais e organização. Abr. 1999. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Sistema_de_Informacao_em_saude_conceitos_fundamentais_e_organizacao/57>. Acesso em 09 de fevereiro de 2015.

FREITAS, F. P; PINTO I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica - SIAB. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n4, jul./ago. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s010411692005000400013>. Acesso em 20 de janeiro de 2014.

IBGE - Cidades. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=431880&search=%7Csaolourenco-do-sul>>. Acesso em 21 de maio de 2014.

LIMA, A. B. S. et al. A importância do SIAB e seus indicadores na atenção básica. **Anais da 42. Jornada Maranhense de Enfermagem [e] 72. Semana Brasileira de Enfermagem**. São Luís: ABEN, 114p, 2011. Disponível em: <www.abennacioanl.org.br/secaoma/arquivos/ANAIS_SBE_n_2011.pdf> Acesso em 20 de janeiro de 2015.

MARIN, H.F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, v.2, n.1, jan./mar. 2010. Disponível em <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-ijhi/index.php/jhi-sbis/article/view/4>> Acesso em 7 de fevereiro de 2015.

MEDEIROS, K.R. et. al. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, abr./jun. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232005000200021>. Acesso em 09 de fevereiro de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Manual Instrutivo – Anexo Ficha de Qualificação dos Indicadores**. Brasília, DF. Julho, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / DATASUS. Informações de Saúde (Tabnet) Demográficas e Socioeconômicas, 2008. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>>. Acesso em 02 de abril de 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica, 2008. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>> Acesso em 23 de setembro de 2014.

MOREIRA, C. P. et al. A importância da ESF na comunidade.[s.d]. Disponível em <<http://www.unifra.br/eventos/forumfisio/trabalhos/5033.pdf>>. Acesso em 21 de janeiro de 2015.

MOTTER, D. G. Estratégia saúde da família: integralidade na atenção às demandas sociais no município de Londrina-PR, 2007. 165 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Serviço Social e Política Social, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007. Disponível em <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp048456.pdf>>. Acesso em 17 de janeiro de 2015.

OLIVEIRA, C.C. Atenção Básica em Assentamentos Rurais: campo fértil para a integralidade? Porto Alegre, 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

PEREIRA, J. R. et al. Caracterização de comunidade rural do sul da Bahia: a importância do programa saúde da família na identificação e conhecimento de agravos de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.34, n.1, p.134-145, jan./mar. 2010.

RADIGONDA, B. et AL. Sistema de informação da atenção básica e sua utilização pela equipe de saúde da família: Uma revisão Integrativa. **Revista Espaço para**

Saúde, v. 12, n. 1, p. 38-47, dez. 2010. Disponível em: HTTP://
<www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/9236>. Acesso em
21 de janeiro de 2015.

RICHARDSON, R.J, et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2010.

SARTI, T. D. C, et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 28, n.3, p. 537-548, 2012. Disponível em < http:// www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/14.pdf >. Acesso em 21 de janeiro de 2015.

TRIVIÑOS, A.N. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Aceite Institucional

ACEITE INSTITUCIONAL

O Sr. *Arlison Cardoso*, *Secretário de Saúde do Município de São Lourenço do Sul*, está de acordo com a realização da pesquisa: **Sistema de Informação da Atenção Básica em São Lourenço do Sul, RS: uma comparação entre as áreas urbana e rural, 2012-2014**, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) *Carla Weber Peters* aluno(a) de *Curso de Especialização de Gestão em Saúde - EAD*, da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul -UFRGS em parceria com a Universidade Aberta do Brasil UAB.

O estudo envolve a realização de coleta de dados a partir da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo que para a organização operacional foram selecionados indicadores que permitem o conhecimento das condições de vida da população de acordo com a área de abrangência e a avaliação das ações em saúde desenvolvidas na Atenção Básica em Saúde.

Eu, *Carla Weber Peters*, *enfermeira* da Estratégia de Saúde da Família, declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidade como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança dos dados os quais serão coletados

Porto Alegre, 24 de Fevereiro de 2015.



ARILSON DA SILVA CARDOSO
SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO LOURENÇO DO SUL

Dr. Arilson Da Silva Cardoso
Secretaria De Saude - Secretário
São Lourenço Do Sul - RS

ANEXOS

ANEXO A - Variáveis referentes à Ficha – A, da área urbana, no período de 2012 a 2014

Ficha – A	2012	2013	2014
Tipo de casa			
Tijolo/Adobe	3,192	3,408	4,429
Taipa revestida	2	7	14
Taipa não revestida	0	0	2
Madeira	217	224	298
Material Aproveitado	3	3	4
Outros	78	74	85
Energia Elétrica	3.469	3.684	4.765
Destino do Lixo			
Coletado	3.491	3.702	4.745
Queimado/Enterrado	10	13	80
Céu Aberto	1	1	7
Tratamento da Água			
Filtração	912	929	974
Fervura	8	8	20
Cloração	2.562	2.768	3.767
Sem tratamento	10	11	71
Abastecimento de Água			
Rede Pública	3.484	3.707	4.747
Poço/Nascente	6	6	6
Outros	2	3	11
Destino das fezes e Urina			
Sistema de Esgoto	2.018	2.075	2.961
Fossa	1.468	1.635	1.853
Céu Aberto	6	6	18
Em caso de doença quem procura			
Hospital	2.690	2.860	3.805
Unidade de Saúde	2.284	2.378	3.147
Benedeira	32	43	54
Farmácia	399	418	496
Outros	593	662	882

Fonte: SIAB

ANEXO B - Variáveis referentes à Ficha – A, da área rural, no período de 2012 a 2014

FICHA – A	2012	2013	2014
Tipo de casa			
Tijolo/Adobe	4.445	4.357	4.377
Taipa revestida	9	9	10
Taipa não revestida	0	0	0
Madeira	230	216	218
Material Aproveitado	7	6	6
Outros	5	6	9
Energia Elétrica	4.531	4.439	4.461
Destino do Lixo			
Coletado	675	663	668
Queimado/Enterrado	3.720	3.636	3.659
Céu Aberto	320	295	293
Tratamento da Água			
Filtração	279	277	281
Fervura	153	149	151
Cloração	69	75	77
Sem tratamento	4.195	4.093	4.111
Abastecimento de Água			
Rede Pública	179	184	190
Poço/Nascente	4.444	4.342	4.359
Outros	73	68	71
Destino das fezes e Urina			
Sistema de Esgoto	35	37	46
Fossa	3.546	3.483	3.499
Céu Aberto	1.115	1.074	1.075
Em caso de doença quem procura			
Hospital	3.175	3.090	3.109
Unidade de Saúde	3.640	3.568	3.590
Benedeira	250	248	254
Farmácia	412	402	409
Outros	212	210	217

Fonte: SIAB

ANEXO C – Variáveis referentes ao Relatório SSA 2, da área urbana, no período de 2012 a 2014.

Relatório SSA2	2012	2013	2014
Total de Famílias Acompanhadas	-	-	2.949
Visitas Domiciliares – ACS	-	-	2.115

Fonte: SIAB

ANEXO D - Variáveis referentes ao Relatório SSA2, da área rural, no período de 2012 a 2014.

Relatório SSA2	2012	2013	2014
Total de Famílias Acompanhadas	3.725	-	3.260
Visitas Domiciliares – ACS	2.929	-	2.280

Fonte: SIAB

ANEXO E - Variáveis referentes ao Relatório PMA2, da área urbana, no período de 2012 a 2014.

RELATÓRIO PMA2	2012	Jan- out, 2013	2014
Consulta Médica			
Total Geral de Consultas	8.023	11.558	14.728
Tipo de Atendimento de Médico e Enfermeiro			
Puericultura	593	778	956
Pré- Natal	392	515	696
Prevenção do Câncer Cérvico- Uterino	864	1.273	1.378
Diabetes	992	1.381	1.378
Hipertensão	1.322	2.515	8.474
Solicitação médica - exames complementares			
Outros	789	862	1.102
Encaminhamentos médicos			
Atendimento Especializado	543	923	962
Procedimentos			
Atendimento Individual Enfermeiro	1.322	3.751	4.507
Atendimento Grupo Educação em Saúde	328	227	371
Visitas Domiciliares	17.825	25.099	27.946

Fonte: SIAB

ANEXO F - Variáveis referentes ao Relatório PMA2, da área rural, no período de 2012 a 2014.

RELATÓRIO PMA2	2012	Jan- out, 2013	2014
Consulta Médica			
Total Geral de Consultas	20.033	16.529	20.163
Tipo de Atendimento de Médico e Enfermeiro			
Puericultura	1.505	1.406	1.271
Pré- Natal	678	535	725
Prevenção do Câncer Cérvico- Uterino	1.568	1.241	1.901
Diabetes	1.380	1.072	1.559
Hipertensão	4.022	3.320	3.661
Solicitação médica de exames complementares			
Outros	1.020	1.111	1.227
Encaminhamentos médicos			
Atendimento Especializado	1.148	1.153	1.163
Procedimentos			
Atendimento Individual Enfermeiro	6.108	5.070	5.173
Atendimento Grupo Educação em Saúde	994	580	657
Visitas Domiciliares	39.995	28.303	31.132

Fonte: SIAB