

**OBJSN**  
Online Brazilian Journal of Nursing

**Español**

Universidade Federal Fluminense

v.11, n.1 (2012)  
ISSN 1676-4285



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
AURORA DE AFONSO COSTA

recibido: 11/08/2011  
robado: 16/03/2012



**ESTUDIO DE CASO**

Ramona Garcia Souza  
<http://www.objnursing.uff.br/ramonagarcia1@hotmail.com>  
Centro de Ciencias de la Salud  
de la Universidad Federal de  
Reconcavo de Bahía, Brasil.

## **Sistema de Información de la Atención Básica como instrumento de gestión: estudio de caso en Santo Antônio de Jesus / BA**

Ramona Garcia Souza<sup>1</sup>, Maria da Conceição Costa Rivemales<sup>2</sup>, Mariluce Karla Bomfim de Souza<sup>3</sup>

1, 2, 3 Universidad Federal de Recôncavo de Bahia (UFRB).

### **RESUMEN**

El Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) es un importante instrumento de planificación de las actividades y servicios ofrecidos en la unidad de estrategia de salud de la familia, pues permite el análisis de la situación de salud de la comunidad asistida y la evaluación del trabajo desarrollado por el equipo. Este artículo describe la situación de salud de la población inscrita en una unidad de salud en recôncavo baiano. Fueron colectados los datos a partir del DATASUS (informes consolidados de la situación de salud (SSA2) y del SIAB) referente a la Unidad de Salud de la Familia (USF) estudiada, en el período de enero a julio de 2009, por ser éste el período que tuvimos acceso. Para el

análisis de los datos fue realizada la frecuencia absoluta y relativa de los datos con el auxilio del programa Excel. Los datos obtenidos por el SIAB permiten que el Equipo de Salud de la Familia (ESF) caracterice el perfil poblacional, epidemiológico y condiciones de vida de la población y evalúe cuantitativamente la producción de servicios de la USF. El análisis de estos datos facilita el proceso de toma de decisión gerencial basado en la realidad situacional de salud de la población.

**Palabras-clave:** Sistemas de información, Programa de salud de la Familia, Enfermería en la Salud Pública.

## INTRODUCCIÓN

Los sistemas de información en salud, en la concepción del Sistema Único de Salud (SUS), se configuran como instrumentos capaces de subsidiar un proceso dinámico de planificación, evaluación, manutención y perfeccionamiento de las acciones<sup>(1)</sup>. La producción de informaciones en salud se viene formando como una importante herramienta de control social, en la medida en que posibilita a la población el acompañamiento y evaluación de las actividades de los servicios de salud. Esto también es válido para la fiscalización de la aplicación de los recursos públicos destinados al área social a partir del análisis de los perfiles epidemiológicos de determinada localidad<sup>(2)</sup>.

En Brasil, los principales sistemas de información en salud son: el Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM), el Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC), el Sistema de Información de Agravamientos de Notificación (SINAN), el Sistema de Información Hospitalario del SUS (SIH-SUS), el Sistema de Informaciones Ambulatorias del SUS (SIA-SUS) y el Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB)<sup>(2)</sup>.

La estrategia de implantación del Programa de Salud de la Familia (PSF) con el objetivo de promover cambios en el modelo asistencial trae la descentralización de la producción de informaciones en salud como parte imprescindible. En ese sentido, el punto de partida para la

construcción de la información en salud es el conocimiento sobre el colectivo de familias que residen en una localidad dada y la identificación de las necesidades de salud de las mismas<sup>(2)</sup>.

Y aun, la fuerza y el valor de la información (dato analizado) dependen de la precisión con que el dato es generado. Por tanto, los responsables por la colecta deben estar preparados para valorar la calidad del dato obtenido, que al nivel de las Unidades de Salud de la Familia (USF), comprenden los Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Son ellos los principales responsables por la obtención de los datos que le proporcionarían al SIAB<sup>(3)</sup>.

El SIAB es "un sistema de registro mensual de datos de producción de servicios de la atención básica (consultas médicas, cobertura de las vacunas, consultas de pre-natal, procedimientos de enfermería, visitas domiciliarias, entre otros), de situación de salud (notificación y seguimientos de algunos agravamientos, óbitos, nacimientos e ingresos) y condiciones demográficas y socio-sanitarias"<sup>(3)</sup>.

Siendo así, el SIAB, creado en 1998, se conforma como instrumento de gestión e información en la salud de los equipos del PSF, importante sub los puntos de vista de planificación de las actividades y servicios ofrecidos en la unidad, pues permite conocer la realidad socio-sanitaria de la comunidad asistida, así como, la evaluación del trabajo desarrollados y la adecuación de los servicios de salud ofrecidos. Los principales instrumentos de coleta del Siab son: ficha de inscripción de las familias e inventariado de datos socios-sanitarios, llenados por los agentes comunitario de salud (ACS); fichas de seguimientos de grupos de riesgo y de problemas de salud prioritarios, también llenadas mensualmente por los ACS; y fichas de registro de actividades, procedimientos y notificaciones, producidas mensualmente por todos los profesionales de los equipos de salud. Los datos generados por medio de las fichas de colecta son, en gran parte, agregados y algunos de ellos consolidados antes de ser lanzados al programa informatizado. Después del procesamiento de los datos, son producidos los

informes de indicadores del Siab: inscripción familiar; informe de situación de salud y acompañamiento de las familias; e informe de producción y marcadores para evaluar<sup>(3)</sup>.

Los sistemas de información influyen y son influenciados por el modelo asistencial en vigencia, por tanto, o SIAB fue creado como un instrumento para la gestión de sistemas locales de salud<sup>(4)</sup>. Así, "al hacer posible evidenciar la naturaleza de las acciones de salud ofrecidas, o SIAB debe ser concebido como herramienta de transformación de la realidad de salud de una región dada y no apenas como un "diagnóstico", en el sentido de conocimiento de la vida de esas familias" <sup>(2)</sup>.

De esa forma, este artículo pretende analizar la situación de salud de la población adscrita a una unidad de salud de la familia en Recôncavo Baiano, referente al período de enero a julio de 2009, siendo resultado de la experiencia de una de las autoras durante las clases prácticas de la disciplina Administración y Planificación en los Servicios de Salud I, del curso de Graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Recôncavo Baiano (UFRB).

## MÉTODOS

Se trata de un estudio de corte transversal, en que los datos fueron colectados a partir de los informes consolidados de la situación de salud (SSA2) y del SIAB referente a una USF, localizada en el municipio de Santo Antônio de Jesus (BA), en el período de enero a julio de 2009. En el análisis de los datos fue realizada la caracterización del perfil epidemiológico y de las condiciones de vida de la población.

El municipio de Santo Antônio de Jesus se encuentra en el Recôncavo Bahiano y está localizado a 187km de la capital bahiana. Según los datos del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE)<sup>(5)</sup>, el municipio posee una población de 88.768 habitantes, siendo

conocido regionalmente como centro comercial y de servicios, bautizado como la "capital del Recôncavo". Además de eso, posee un área total de 252 mil km<sup>(2)</sup> y densidad demográfica de 334,35 habitantes/km<sup>(2)</sup>. En cuanto a la división regional de salud, se encuentra en la macrorregión Este y microrregión de Santo Antonio de Jesus, estando asignado en la 4ª DIRES - Direcciones Regionales de Salud<sup>(5)</sup>. Referente a la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y al Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), hubo una ampliación de la cobertura en el municipio que actualmente posee 19 USF, 12 unidades satélites, 2 Unidades Básicas de Salud (UBS), 21 equipos de Salud de la Familia, 16 equipos de salud bucal, siendo 15 en la modalidad I y 1 en la modalidad II. Además de eso, atingió cobertura poblacional de 100% del PACS con 169 Agentes Comunitarios de Salud (ACS) <sup>(5)</sup>.

La USF en estudio funciona desde 2004 en el municipio de Santo Antônio de Jesus – Bahía, en los horarios de 7h a las 17h, de lunes a viernes. El Equipo de Salud de la Familia (ESF) de la unidad cuenta con un médico, una enfermera, un dentista, una técnica de la salud bucal, una auxiliar administrativa, dos técnicas en enfermería, una auxiliar de servicios generales y ocho agentes comunitarios de salud. Además, la unidad cuenta con el Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), compuesta por nutricionista, farmacéutico, psicólogo, fonoaudiólogo y fisioterapeuta. En cuanto, las actividades dispensadas por la NASF ocurren apenas en algunos días de la semana, conforme al cronograma establecido por la Secretaria Municipal de Salud (SMS).

Son desarrolladas diversas actividades en la unidad, dentro de las cuales: el Grupo de Incentivo a la Lactancia Materna (GIAME); Programa de Salud del Adolescente (PROSAD); Terapia Comunitaria; Grupo de Caminata, actividad física; actividades educativas (conferencias y salas de espera); cepillado supervisado y aplicación de flúor; además de atendimientos ambulatorios realizados por el equipo de salud (ESF) a la familia, dentro de los cuales podemos destacar la supervisión a hipertensos y diabéticos, salud de la mujer y supervisión al crecimiento y desenvolvimiento. También, la unidad posee un Consejo Local en

funcionamiento desde junio/2009, cuyas reuniones ocurren mensualmente y que procura garantizar la participación de la comunidad en la organización de los servicios.

Sobre el modo de operatividad en la gerencia en las USF, ésta se establece de forma rotativa entre odontólogos y enfermeras (os) a cada tres meses, lo que se traduce en un modo peculiar de gerencia adoptado por el municipio, aunque la Portaria 648 no haga referencia al mismo.

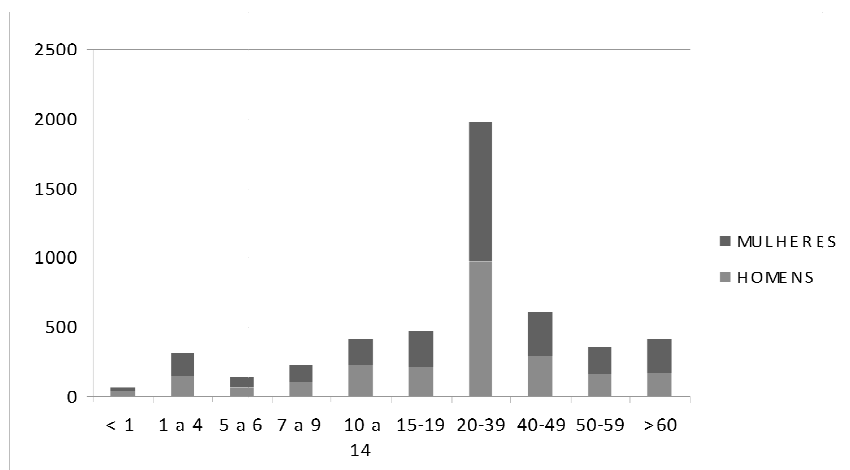
En la primera etapa de este estudio, fueron colectados los datos a partir de los informes consolidados de la situación de salud (SSA2) y del SIAB referente al USF escogida. En la segunda etapa, fueron construidos gráficos con base en las informaciones contenidas en el período analizado (01/2009 a 07/2009), siendo divididos en cuatro grupos: el primero conteniendo las informaciones que permiten conocer las condiciones de vida y el perfil poblacional de la comunidad; el segundo contiene informaciones sobre natalidad, mortalidad y control de gestantes; el tercero con datos referentes a las hospitalizaciones y el cuarto grupo contiene informaciones sobre la prevalencia y el control de enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes, lepra y tuberculosis en la comunidad asistida. En la tercera etapa, fue realizado el análisis de la situación de salud de la comunidad en cuestión con base en los gráficos construidos.

Por tratarse de una pesquisa que utilizó datos de Sistemas de información en Salud disponibles en los data SUS, no fue necesaria la aprobación del Comité de Ética en Pesquisa para su realización.

## RESULTADOS

En la USF estudiada están inscritas 1.456 familias, sumando un total de 4.961 personas. Apenas el 3% de estos habitantes cuentan con seguro de salud. En cuanto al perfil de la población adscrita a la USF estudiada, el gráfico 1 muestra la distribución de la población según sector etario y sexo.

**Gráfico 1:** Población adscrita a la USF por sector etario y sexo, Santo Antônio de Jesus/ Bahia, enero a Julio, 2009.



En cuanto a las condiciones de vida y vivienda de esa población, según los datos colectados en el SIAB: 98,70% de las casas son de ladrillo/adobe; y el abastecimiento de agua es mediante la red pública (90,93%) y la filtración es el tratamiento de agua más utilizado en el domicilio (64%), seguido por la ebullición (0,76%) y cloración (1,37%); el destino de la

basura predominante es la colecta pública (97,87%), no obstante, referente al destino de las heces fecales/orina apenas 54,12% de las casas poseen sistema de alcantarillado, siendo utilizados fosas a cielo abierto, lo que propicia la contaminación y degradación del medio ambiente.

En cuanto a los datos de natalidad en esa población para el período analizado, fueron registrados 29 nacidos vivos, de los cuales apenas uno no fue pesado al nacer y, de los que fueron pesados sólo dos (7,14%) presentaron bajo peso (<2500g) al nacer, exigiendo seguimiento a domicilio.

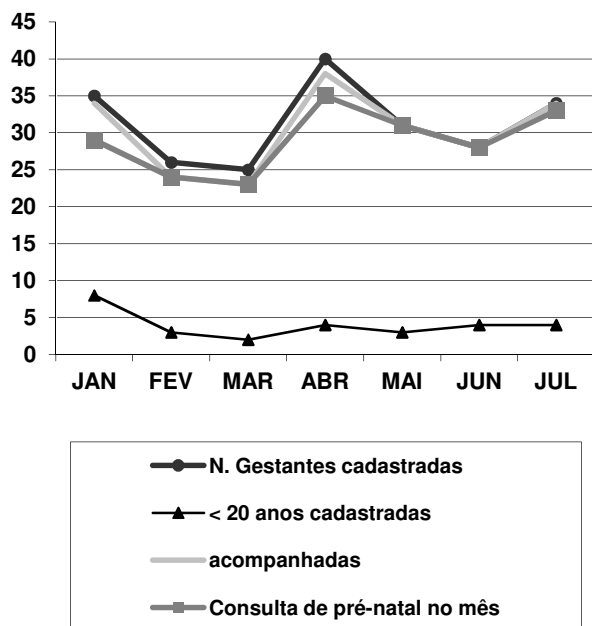
Sobre la mortalidad, no existen registros de óbitos de niños menores de un año, incluyendo los < 28 días (mortalidad neonatal) y de 28 días a 11 meses / 29 días (mortalidad pos-neonatal). Lo que nos hace pensar en dos posibilidades: a) la sub-notificación de esas informaciones, así como, la falla en la obtención y generación de esos datos o b) en ese período, no ocurrió de hecho ningún óbito dentro de ese sector de edad, lo que demuestra acciones de salud efectivas volcadas al cuidado de los recién-nacidos y puérperas, bien como del pre-natal realizadas en esa comunidad. En cuanto a los óbitos en el período analizado, fueron registrados 18 siendo dos óbitos de mujeres en edad fértil. No fueron registradas muertes en el grupo etario de 10 a 19 años por violencia.

En relación al número de gestantes, fueron registradas ocho mujeres en el grupo etario de 10 – 19 años y 26 mujeres en la edad de 20 años o más.

El gráfico 2 muestra el número de gestantes inscriptas y controladas en la USF estudiada, además de demostrar el número de consultas de pre-natal realizadas.

**Gráfico 2:** Número de gestantes inscriptas y controladas en la USF. Santo Antônio de Jesus(BA), 2009.





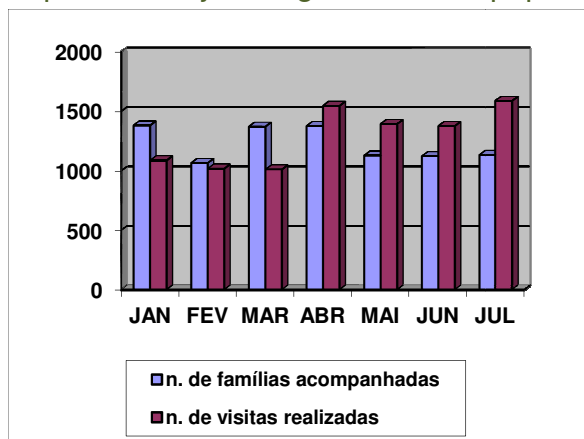
En cuanto a los 17 niños registrados en la edad de 0-3 meses y 29 días, se observó que el 88,23% de ellos estaban en alimentación exclusiva. En cuanto a la inmunización, fueron inmunizados el 88,33% de los niños de 0 – 11 meses y 29 días y el 84,31% de los niños con 12 – 23 meses y 29 días.

En el período estudiado fue registrado apenas un caso de hospitalización por neumonía en los niños menores de cinco años. Fueron registradas 103 hospitalizaciones en adultos, siendo que 4,97% representan complicaciones por la diabetes.

En cuanto a la diabetes e hipertensión, se observó que la USF estudiada posee 121 diabéticos y 399 hipertensos inscritos.

El gráfico 3 muestra el número de familias controladas y el número de visitas domiciliares realizadas por el equipo de salud de la familia estudiada.

**Gráfico 3:** Número de famílias controladas y número de visitas domiciliares realizadas por el equipo de la USF. Santo Antônio de Jesus - Bahia, enero a Julio de 2009.



## DISCUSIÓN

El análisis de la situación de salud tiene una lógica territorial porque en el espacio se distribuyen poblaciones humanas según similitudes culturales y socioeconómicas, de esa forma, el análisis de fenómenos de salud en el espacio sirve antes de todo para la síntesis de indicadores epidemiológicos, ambientales y sociales<sup>(6)</sup>.

Por lo tanto, el análisis de las situaciones de salud depende de un proceso de "territorialidad" de los sistemas locales de salud, para reconocer porciones del territorio según la lógica de las relaciones entre condiciones de vida, salud y acceso a los servicios de salud<sup>(7)</sup>.

De acuerdo con los datos presentados, el número de personas seguidas por la USF estudiada ultrapasa el límite máximo de 4.000 habitantes por ESF, como previsto en la portería 648/GM del 28 de marzo de 2006<sup>(8)</sup>, siendo la media recomendada de 3.000 habitantes. Además de eso, según los datos colectados del SIAB (2009), apenas 3% de estos habitantes son cubiertos por el seguro de salud, lo que significa que el 97% de esa población son sus dependientes. De esta forma, implica una sobrecarga de trabajo para una sola ESF, comprometiendo los objetivos de la Estrategia de Salud de la Familia.

Se puede notar que en la población estudiada (gráfico 1) existe diferencia en la distribución de hombres y mujeres, aunque, haya un predominio de mujeres en esa comunidad. Este hecho se muestra de acuerdo con los datos del último censo do IBGE para la población brasileña, lo que sería reflejo de la gran mortalidad masculina, sobre todo por causas violentas (aquellas relacionadas a los homicidios, suicidios, accidentes de tránsito, etc.)<sup>(9)</sup>. Otro dato evidenciado es que la población de la USF estudiada exhibe un predominio de individuos en el grupo etario de 20-39 años, considerados adultos jóvenes.

Considerando el número de adultos del sexo masculino, los datos apoyan a necesidad de planificar acciones con el objetivo de attingir ese grupo, como por ejemplo, actividades educativas de grupo, atendimento específico conforme recomienda la Política de Salud del Hombre.

Según Vieira<sup>(10)</sup>, “el adulto es el individuo que alcanzó la madurez biológica y psicosocial, que en nuestra sociedad se inicia en torno a los 18-21 años, con agravamientos o riesgo de agravamientos a la salud, agudos o crónicos, cuya génesis y expresión incluyen elementos biológicos, comportamentales, emocionales y socioculturales”.

En ese sentido, los individuos serían dotados de diferentes habilidades físicas y cognitivas, imponiendo necesidades específicas de acuerdo con la edad<sup>(10)</sup>. Siendo así, en el planeamiento de las acciones de salud para esta comunidad se debe considerar el número elevado de adultos y las especificidades de esta fase, así como, los agravamientos de salud más frecuentes, para que se pueda cumplir el principio de la solubilidad de la ESF.

Además, se debe considerar que los adultos jóvenes representan un grupo etario que no solamente expresa un interés en la salud y en la promoción de la salud, también responde entusiásticamente a sugerencias que muestran como las prácticas de estilos de vida pueden mejorar la salud<sup>(11)</sup>.

Observando el gráfico 1, se destacan otros grupos poblacionales que también deben ser considerados en el proceso de gestión y planeamiento de las acciones y prácticas en los servicios de salud, por ejemplo, los ancianos y adolescentes.

En cuanto al porcentual de ancianos (8,37%), surge la necesidad de atender las particularidades de ellos en el tratamiento y control de enfermedades crónicas, principalmente hipertensión arterial y diabetes, vacunación, promoción de la salud, reducción de agravamientos (caídas), entre otros. De ahí la importancia de repensar estrategias de organización y programación de los servicios que busquen atender a este grupo etario.

Se observa también que el 17,78% de la población son adolescentes, porcentual que llama la atención, pues puede ser resultado de la introducción de los cuidados de puericultura, mejores condiciones nutricionales, programas de vacunación, entre otros, que acarrearán la disminución de la mortalidad infantil, y consecuentemente el aumento de la población de adolescentes.

El análisis del perfil de morbilidad en Brasil de esta porción de población tiene revelado la presencia de dolencias crónicas, trastorno sicosociales, fármaco-dependencia, enfermedades de transmisión sexual y problemas relacionados al embarazo, parto y puerperio<sup>(12)</sup>. Siendo así, esta problemática exige del equipo de salud de la familia estrategias de acción para reducir esos agravamientos de salud, involucrando otros sectores de la sociedad (como la escuela), la comunidad y principalmente los padres de estos adolescentes, para que puedan ser garantizadas mejores condiciones de vida a ese público específico.

Los datos referentes a las condiciones de vida y vivienda de la población estudiada evidencian que el equipo de salud de la familia debe considerar las condiciones de vida y vivienda de la población adscrita a fin de proporcionar estrategias para el enfrentamiento a los problemas y articular sociedades intersectoriales, considerando que tales problemas ultrapasan las

competencias del sector de la salud, siendo necesaria, la inserción de otros sectores, como planificación urbana, infraestructura, educación y desenvolvimiento social.

A partir de lo consolidado de las familias inscritas, se observó que en relación al número de gestantes, como condición referida, fueron registradas ocho mujeres en la edad de 10 – 19 años y 26 mujeres en el grupo etario de 20 años o más, o sea, el 23,52% de las embarazadas son adolescentes.

El embarazo en la adolescencia, en algunos países e inclusive en Brasil, es un problema de salud pública, una vez que puede implicar complicaciones obstétricas, con repercusiones para la madre y el recién-nacido, como problemas sicosociales y económicos<sup>(12)</sup>. Siendo así, las acciones educativas y de prevención direccionadas a ese público deben considerar el conocimiento de la realidad socioeconómica y cultural de estos adolescentes, así como, evaluar los factores que se predisponen a fin de que estas acciones sean adecuadas para esa comunidad.

A partir del análisis del gráfico 2, se observa que en el período de enero a abril de 2009, el número de gestantes controladas y de consultas de pre-natal quedó por debajo de lo deseado en relación al número de gestantes inscritas en la unidad para ese mismo período. No obstante, en los meses siguientes se observa que hay una homogeneidad entre esos datos. Una de las metas de la ESF es la captación del 100% de las gestantes para el programa de pre-natal y el control de estas en al menos seis consultas<sup>(13)</sup>.

El registro y control de las metas alcanzadas por el equipo es fundamental para la identificación de situaciones que puedan ser evitadas mediante un planeamiento y programación de la oferta de los servicios de salud de la población.

En cuanto a las consultas de pre-natal iniciadas en el 1º trimestre de embarazo, fue registrada una media de 23 gestantes (76,67%), un valor que puede ser aumentado, visto que

el seguimiento pre-natal es de reconocido efecto positivo sobre la salud de la mujer y del concepto.

En este sentido el pre-natal constituye el "período anterior al nacimiento del niño, en que un conjunto de acciones es aplicado a la salud individual y colectiva de las mujeres embarazadas. En este período, las mujeres deben ser controladas a partir del embarazo, de forma que les sea posible, cuando sea necesario, realizar exámenes clínico-laboratorio, recibir orientación y tomar medicación profiláctica y/o vacunas"<sup>(14)</sup>.

Por lo tanto, la promoción de la salud es un concepto que se extiende por todo el espectro de vida. Un estudio demostró que la salud de un niño puede ser afectada, positiva, o negativamente, por las prácticas de salud de la madre durante el período pre-natal<sup>(10)</sup>, lo que reafirma la importancia de este tipo de asistencia durante el embarazo.

La lactancia materna es una práctica que trae beneficios para la salud de la madre y el hijo, además de contribuir a la reducción de los costos con los substitutos de la leche materna. Su relación con la disminución de incidencias de enfermedades infecciosas y de la mortalidad infantil ha sido evidenciada en diversos estudios<sup>(15)</sup>. En cuanto a este aspecto, de los 17 niños registrados en la edad de 0-3 meses y 29 días, 15 estaban sólo con lactancia materna y dos en lactancia mista. Podemos atribuir a las actividades del GIAME desenvueltas en la USF estudiada, el hecho de que el 88,23% de estos lactantes estaban en lactancia exclusiva.

En el período analizado la USF realizó la inmunización del 88,33% de los niños de 0 – 11 meses y 29 días y el 84,31% de los niños con 12 – 23 meses y 29 días. Esta cobertura de las vacunas comprueba que los padres se preocupan con el cuidado del hijo, pero exige una mayor articulación de las acciones básicas de salud para elevar al 100% la inmunización de estos niños. Además en el período analizado, se observó que de 60 niños de 0–11 meses y 29 días registrados, apenas dos presentaron desnutrición y de los 51 niños de 12–23 meses y 29 días, se encontraron siete casos de desnutrición. En relación al número de niños menores de

2 años que presentaron diarrea, este valor no ultrapasó el 1% de la media de 111 niños registradas en el período analizado. Fue administrado hidratante oral en la unidad de salud a un 100% de los niños que se consultaron por diarrea.

Se puede afirmar que en la práctica, los servicios de salud en Brasil, se organizan de forma programática, considerando que la programación de la consulta aún se configura bajo grupos poblacionales o agravamientos de forma aislada, no siendo posible, por lo tanto, la garantía del principio de la integralidad conforme al propósito del Sistema Único de Salud (SUS). No obstante, por esta situación se hace necesario proponer medidas de intervenciones colectivas e integradas.

Además, se nota que de los 340 niños menores de cinco años residentes en esa comunidad, apenas un caso de hospitalización por neumonía fue registrado en el período analizado, y ningún caso de hospitalización por deshidratación, dentro de este rango de edad, fue encontrado en esta población. También no fueron registrados casos de hospitalización por abuso de alcohol en personas de 15 años o más y ningún casos de hospitalización en hospitales psiquiátricos. No obstante, no se puede afirmar que estos no sean problemas presentes en la comunidad atendida por la USF en estudio.

Y aun, fueron registradas 103 hospitalizaciones en el período estudiado, siendo que los casos de hospitalización por complicaciones por diabetes representan un 4,97% del total de diabéticos inscritos en la unidad, un valor que puede ser considerado pequeño. Así, se reafirma la importancia de vincular a las personas que conviven con estos agravamientos a las unidades de salud, garantizándoles seguimiento y tratamiento sistemático, evitando complicaciones, lo que es decisivo no sólo para garantizar la calidad de vida como también para evitar la hospitalización y reducir el costo social y el costo en que incurre al SUS asociado a las dolencias crónicas<sup>(16)</sup>. Para esto, se deben prever acciones de capacitación a los profesionales y de reorganización de los servicios.

Así como la *Diabetes Mellitus* (DM), la "hipertensión arterial sistémica (HAS) es una condición muy prevalente que puede estar asociada a otros factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares" <sup>(17)</sup>. La USF estudiada posee 121 diabéticos inscritos en el período de enero a julio/2009, siendo que aproximadamente el 92% de ellos son controlados en la unidad.

Las consecuencias de la diabetes, a largo plazo, pueden afectar casi todos los sistemas orgánicos y constituye una causa importante de incapacidad<sup>(11)</sup>. De esta forma, en la lógica de la ESF, la inscripción y control del 100% de los pacientes diabéticos hacen necesarios para que haya un control efectivo de la diabetes, evitando complicaciones y sobrecarga en la red hospitalaria, ya sea con el aumento de los gastos para el cuidado a las complicaciones debido a esta patología.

La USF estudiada posee 399 hipertensos inscritos en el período de enero a julio/2009, siendo que aproximadamente el 91% de estos pacientes son consultados en la unidad. Se nota que la prevalencia de hipertensos en la población de 20 años o más, adscrita a la USF en cuestión, corresponde el 12%. Conociéndose que la Hipertensión Arterial es un importante problema de salud dentro de esta población, lo que exige planificación de acciones preventivas, de control y de promoción de salud por el equipo de la USF responsable por este territorio.

De las enfermedades referidas en esta población, la hipertensión y la diabetes aparecen como los principales agravamientos de salud en el rango etario de 15 años y más, lo que reafirma la importancia de estos datos para la definición del perfil epidemiológico de esa comunidad y para la planificación de acciones destinadas a la prevención y control de la hipertensión y diabetes.

Las personas que presentan hipertensión se muestran, con frecuencia, sin síntomas y, por eso, una vez identificada debe ser monitoreada a intervalos regulares por ser una condición permanente <sup>(11)</sup>. También, la "elevación prolongada de la presión arterial lesiona, con el



tiempo, los vasos sanguíneos del cuerpo, principalmente en los órganos-diana, como corazón, riñones, cerebro y ojos”<sup>(11)</sup>.

Así, la asistencia integral (continúa, racionalizada, acompañando los encaminamientos a los servicios de referencia ambulatoria o hospitalaria) de los hipertensos y diabéticos, acciones educativas y intersectoriales, la construcción de un plan local para enfrentamiento de los determinantes del proceso salud-enfermedad, con la participación comunitaria son importantes en la transformación de la realidad de la salud de la población adscrita a la USF.

En cuanto a las enfermedades infecto-contagiosas, el SIAB presenta el número de casos de Lepra y Tuberculosis como su condición de inscripción y seguimiento. En relación a la Lepra, no fueron encontrados registros de personas inscritas y controladas en esa unidad, en el período analizado. La prevalencia de tuberculosis en personas con 20 años y más es de 0,03%, habiendo sido registrados en los meses de enero a julio de 2009 apenas cinco casos de personas con tuberculosis inscritas en la unidad, aunque han sido controladas apenas tres de esos casos por el equipo de la USF estudiada. Esto puede estar relacionado al hecho de que el municipio de Santo Antônio de Jesus dispone de un centro de referencia para el tratamiento de Tuberculosis y Lepra, para donde son remitidos la gran mayoría de estos casos.

No obstante, según las recomendaciones del Ministerio de Salud<sup>18</sup>, los casos de tuberculosis confirmados deben ser controlados y tratados en la Unidad Básica de salud (UBS). Inclusive, los casos sospechosos de tuberculosis que tuviesen el diagnóstico confirmado en las Unidades de Referencia, aquellos con baciloscopías persistentemente negativas o sin esputos para realizar el examen y los casos de tuberculosis extra-pulmonar que fuesen encaminados de vuelta a las UBS de origen, deberán ser controlados en esta unidad hasta el alta.

El paciente sólo deberá ser remitido para una unidad de referencia de tuberculosis para realizar tratamiento cuando: exista antecedentes o evidencias clínicas de hepatopatía aguda

(hepatitis) o crónica (cirrosis, hepatopatía alcohólica); el paciente padece de SIDA o es seropositivo para el VIH; o cuando existan antecedentes o evidencias clínicas de nefropatías (insuficiencia renal crónica, pacientes en régimen de diálisis)<sup>(18)</sup>.

Lo mismo se aplica al tratamiento de los casos de Lepra que deben ser controlados rutinariamente en las unidades básicas y de Salud de la Familia en que están inscritos. De esa forma, queda claro que los equipos de las USF son los primeros responsables por las acciones preventivas, promocionales y curativas de la tuberculosis y de la Lepra.

Este comprometimiento, no obstante, exige que la población sea informada sobre las señales y síntomas de estas enfermedades, que tengan acceso fácil al diagnóstico, tratamiento y que los portadores de Lepra/tuberculosis puedan ser orientados individualmente y colectivamente con su familia durante todo el proceso de cura. Además de eso, exige profesionales de la salud capacitados para enfrentar todos estos aspectos, o con otras medidas que crean pertinente para superar las dificultades de la descentralización del atendimento de la Lepra y tuberculosis en el municipio.

El Gráfico 3 muestra que en relación al primer trimestre de 2009, el número de visitas realizadas por los agentes comunitarios de salud se quedó por debajo del número de familias inscritas. De la misma forma, en los meses siguientes en que el número de visitas domiciliarias estuvo elevado, el número de gestantes, diabéticos e hipertensos controlados en la unidad también aumentaron en relación al primer trimestre.

Los datos referentes a la visita domiciliaria (VD) son descritos, teniendo en cuenta que la misma se configura como un elemento fundamental de la ESF, "como forma de instrumentalizar a los profesionales para su inserción y conocimiento de la realidad de vida de la población, así como el establecimiento de vínculos con la misma; esperando atender las diferentes necesidades de salud de las personas, preocupándose con la infra-estructura existente en las comunidades y el atendimento a la salud de las familias"<sup>(19-20)</sup>.

## CONCLUSIÓN

A partir del análisis de los datos obtenidos por el SIAB, el equipo de la USF tiene la posibilidad de conocer el perfil demográfico y socio-sanitario de un determinado territorio, identificando las necesidades cuando las condiciones de vivienda y saneamiento básico que pueden interferir en el proceso salud-enfermedad. En ese sentido, las acciones gerenciales deben estar encaminadas a la articulación con otros sectores en la tentativa de encontrar soluciones para los problemas encontrados en aquel territorio. Sin embargo, para que eso se concrete, es imprescindible sensibilizar la comunidad para la importancia de su participación en el consejo local de salud, con el fin de que éste pueda ejercer de hecho el control social y, así, conquistar mejorías.

Las acciones gerenciales deben contemplar la evaluación cuantitativa de la producción de servicios por el Equipo de Salud de la Familia, como por ejemplo, las vacunas, consultas médicas y de pre-natal, visitas domiciliarias y procedimientos de enfermería, entre otros. Este parámetro puede servir para la identificación de las causas de baja productividad en un determinado sector, por ejemplo. Así, en caso de baja cobertura inmunológica (vacuna), puede estimular al equipo a realizar la búsqueda activa; cuando el número de hipertensos y diabéticos controlados en la unidad fuera inferior al número de inscritos, evaluar la necesidad de realizar visitas domiciliarias.

Por lo tanto, los datos colectados en este estudio reafirman el SIAB como importante instrumento de gestión, pues su análisis posibilita planificar acciones y tomar decisiones locales, al paso que permite conocer y analizar la realidad socio-sanitaria de un determinado

territorio, controlar la ejecución de las acciones, y a menudo, realizar modificaciones y evaluar la transformación de la situación de la salud.

Para esto, es preciso que el equipo de Salud de la Familia posea habilidades y conocimientos necesarios para la correcta utilización de esas informaciones de modo que pueda discutir y explicar los determinantes del proceso salud-enfermedad identificados y concretizar el trabajo del equipo a través de acciones prácticas que realmente conlleven a cambios en la realidad sanitaria de la población adscrita.

El modo como este instrumento viene siendo utilizado por el equipo de salud en las USF y las transformaciones que están siendo producidas sustenta varias discusiones, visto que los profesionales se encuentran en medio a innumerables limitaciones que el servicio presenta y que exige el desenvolvimiento de habilidades a fin de que se consiga enfrentar el déficit de personal, de materiales, de recursos, así como con la demanda creciente de pacientes. No obstante, estos puntos serán discutidos oportunamente en otros trabajos.

## CITAS

1. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7ª ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2009.
2. Nichiata LYI, Fracolli LA. O sistema de informação de atenção básica - SIAB como um instrumento de trabalho da equipe no programa de saúde da família: a especificidade do enfermeiro. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2001. p. 29-33.
3. Diretoria da Atenção Básica, Superintendência de Planejamento e Descentralização, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. SIAB: rotinas e procedimentos para municípios e regionais. Salvador (Bahia): Coordenação de Avaliação, Acompanhamento e Programação, 2006. 90p.
4. Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica - Rev. Latino-Am Enfermagem [periodic online]. 2005

5. Santo Antônio de Jesus, Prefeitura Municipal de. Relatório de Gestão, 2009.
6. Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barradas RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31-76.
7. Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe epidemiológico do SUS. 1998; 7(2): 7-28.
8. Ministério da Saúde. PORTARIA N. 648/GM de 28 de março de 2006 – sobre Política Nacional de atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006. [cited 2009 Dec 5]. Available from: [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto\\_de\\_Gestao/portarias/GM-648.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html)
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas do Registro Civil 2006. Publicada em 06 de dezembro de 2007. [cited 2010 Feb 17]. Available from: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impresao.php?id\\_noticia=1046](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1046)
10. Vieira JM. Transição para a vida adulta no Brasil. Rev Bras Estud Popul. 2008; 25(1): 27-48.
11. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
12. Yazlle MEHD. Gravidez na adolescência. Rev Bras Ginecol Obstet. [periodic online ]. 2006; [cited 2010 Feb 19]; 28(8):443-445. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032006000800001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000800001&lng=en).
13. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de ações programáticas e estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 158p.
14. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria-Executiva, Ministério da Saúde. Glossário temático: DST e AIDS. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006. 56p. [cited 2010 Feb 17]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_dst\\_aids.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_dst_aids.pdf).
15. Silva MBC, Moura MEB, Silva AO. Desmame precoce: representações sociais de mães. Rev. Eletrônica Enferm. [periodic online]. 2007; (cited 2010 Feb 17); 9(1): 31-50. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a03.htm>

16. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc. Saúde Coletiva* [periodic online]. 2009; [cited 2010 Feb 17]; 14(4):1251-1260. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232009000400031&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000400031&lng=en).
17. Três GS, Utzig JB, Martins R, Heinrich S. Controle da pressão arterial, do diabetes mellitus e da dislipidemia na população de hipertensos de um ambulatório de residência médica. *Rev Bras Hiperten*. 2009; 16(3):143-147.
18. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica. 6ª ed. rev. e ampl. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2002.
19. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & contexto enferm*. [periodic online]. 2006 [cited 2010 Feb 19]; 15(4):645-53. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400013&lng=en).
20. Lima RT, Costa GMC; França ISX; Sousa FS; Coura AS. Information system as tool for planning and assessment of health services: descriptive study. *Online Braz J Nurs* [periodic online]. 2010; 9 (2): [cited 2011 mar 07]. Available from: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2950/666>>.