

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

**ENTRE CORTE RECORTE E COSTURA:  
POTENCIALIZAND O SIAB PARA MELHORIA DO  
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO**

**- Modalidade Artigo Publicável**

**Francine Gonçalves Gabbardo**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2014**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional  
Integrada em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**ENTRE CORTE RECORTE E COSTURA: POTENCIALIZAND O SIAB  
PARA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO  
BÁSICA**

Elaborado por

**Francine Gonçalves Gabbardo**

Orientado por

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Teresinha Heck Weiller**

Coorientado por

**Enf<sup>a</sup> Ms. Luciane Silva Ramos**

como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Gestão e Atenção de Sistema Público de Saúde,  
ênfase em Vigilância em Saúde**

**Comissão Examinadora:**

**Dra. Maria Denise  
Schimith (UFSM)**

**Esp. Ana Paula Seerig  
(SMS)**

**Ms. Elenir Terezinha  
Rizzetti Anversa (SMS)**

Santa Maria, 20 de março de 2014.

## Resumo

**Objetivo:** Busca-se relatar a intervenção realizada junto à rede de Atenção Básica de Santa Maria/RS, no intuito de identificar as demandas dos profissionais da saúde e qualificar os SIS no sentido de melhorar seu desempenho frente a avaliação externo do PMAQ. **Síntese dos dados:** Trata-se da descrição da experiência realizada com profissionais da rede, elaborado a partir dos registros dessa intervenção. Pode-se observar o interesse dos profissionais em aprimorar seus registros para gerar informações reais e a utilização dessas no planejamento das ações. **Considerações finais:** As fragilidades trazidas desde o diagnóstico demonstraram a necessidade de estreitar as relações entre as equipes e a gestão no intuito de qualificação da Atenção Básica. Nesse sentido a troca de experiências proporcionou o corte, recorte e costura na perspectiva de potencializar o SIAB, para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

**Descritores:** Atenção Básica; Sistemas de Informação; Indicadores de saúde.

## Abstrat

**Objective:** The aim is to report the intervention carried out by the network of Primary Care Santa Maria / RS, in order to identify the demands of health professionals and qualify SIS to improve their performance against external assessment PMAQ. **Summary of the findings:** This is the description of the experiment performed with network professionals, drawn from the records of this intervention. Can observe the interest of professionals in improving their records to generate real information and use these in planning actions. **Final Thoughts:** The weaknesses brought from diagnosis demonstrated the need to strengthen relations between teams and management in order to classification of primary care. In this sense the exchange of experiences afforded cropping, trimming and stitching in view of strengthening the SIAB, to improve access and quality of primary care.

**Keywords:** Primary Care ; Information Systems ; Health indicators .

## **INTRODUÇÃO**

É notável a importância que a informação vem assumindo na sociedade moderna, a tal ponto que já se tornou comum dizer que vivemos na era da informação. A cada dia, são introduzidas inovações tecnológicas e metodológicas que repercutem diretamente no conteúdo, no formato e na divulgação produzida nos mais diversos campos do conhecimento humano (HOLANDA, 2011).

No campo da saúde, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) permitem estabelecer diferentes olhares e significados através da informação que é gerada. A partir disto constrói-se uma ação mais concreta para os profissionais e gestores que analisam os dados, a fim de (re) pensar e criar ações envolvendo os diferentes atores sociais. Considera-se um instrumento de gestão que atua diretamente na articulação do processo de trabalho das equipes e dos serviços ofertados a população (PINTO ET. AL, 2010).

Os SIS, por sua vez, são instrumentos para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influencia que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento a cerca da saúde e dos assuntos a ela ligados. Neste contexto, um sistema de informação consiste em um processo de transformação de dados em informações, as quais são, posteriormente, usadas para tomada de decisão, formulação ou reorientação de políticas públicas (HOLANDA, 2011).

Partindo do pressuposto acima, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atua no processo gerencial dos Sistemas Locais de Saúde, auxiliando as equipes na construção de indicadores, que refletem no processo saúde-adoecimento da população. Por meio dele, é possível obter subsídios relacionados ao cadastramento das famílias, composição das equipes, situação de saúde, condições de moradia e saneamento (BRASIL, 1998). A informação gerada através da análise dos dados tem como objetivo instrumentalizar a gestão e as unidades de saúde a incorporar nos seus processos de trabalho a cultura de avaliação das suas ações (BRASIL, 2000).

Sendo assim, com o intuito de avaliar e monitorar os processos de trabalho, garantindo a melhoria da qualidade da gestão dos serviços e das práticas da Atenção Básica (AB), instituiu-se através da Portaria nº 1.654/2011 o Programa de

Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que contempla um conjunto de 47 indicadores, subdivididos em sete áreas de aplicação, e foram organizados, segundo a natureza de seu uso, em indicadores de desempenho e monitoramento, distribuídos segundo a área estratégica e a natureza do seu uso.

Os indicadores de desempenho estão vinculados ao processo de avaliação externa, através de uma equipe indicada pelo Ministério da Saúde (MS), e serão utilizados para a classificação das Equipes de Atenção Básica, conforme o seu desempenho para manter-se no programa, enquanto os indicadores de monitoramento possuem a finalidade de auxiliar o acompanhamento de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados pelo núcleo de atenção básica (BRASIL,2012).

Entre os compromissos das equipes que fazem adesão ao programa, está a alimentação do SIAB, de forma consistente. Os indicadores escolhidos estão relacionados ao SIAB, para facilitar o monitoramento e avaliação (BRASIL, 2012).

Neste sentido, elaborou-se um projeto de intervenção com foco nos SIS, tendo em vista as fragilidades identificadas em relação a fragmentação da rede e as necessidades de aperfeiçoamento e qualificação dos profissionais de saúde da rede de Atenção Básica, evidenciando assim, o processo de corte e recorte e costura da rede.

Logo, o presente artigo tem como objetivo relatar a intervenção realizada junto à Rede de Atenção Básica de Santa Maria/RS, no intuito de identificar as demandas dos profissionais da saúde e qualificar os SIS para melhorar seu desempenho frente a avaliação externa do PMAQ.

## **METODOLOGIA**

Trata-se do relato da intervenção realizada a partir do recorte de um projeto maior, o qual identificou as fragilidades em relação ao nível de informação/apropriação dos profissionais em relação ao uso dos SIS no cotidiano do processo de trabalho das equipes.

Para a intervenção foi escolhida uma das equipes que apresentou menor desempenho na avaliação externa do PMAQ, sendo realizada nesta, duas oficinas no mês de fevereiro de 2014, as quartas-feiras, nos horários destinados para a reunião de equipe, por residentes de um programa de Residência Multiprofissional na área de concentração Vigilância em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria/RS.

O estudo foi realizado em Santa Maria/RS, a qual possui 263.662 habitantes, apresenta cobertura de Atenção Básica de 49,63 %, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 21,00 % (BRASIL, 2013).

- Na primeira etapa da intervenção, foi realizado levantamento dos dados do SIAB da ESF em foco, referente ao ano de 2012, os quais são preconizados para os cálculos dos indicadores do PMAQ, tal coleta foi realizada na Secretária Municipal de Saúde (SMS);
- Após, foi calculado os indicadores da referida equipe e a partir destes dados foram confeccionados os gráficos de todos os indicadores do PMAQ (APÊNDICE A).
- Para a primeira oficina, foram selecionados os indicadores da Saúde da Mulher, Saúde da criança e Hipertensos e Diabéticos, por esses, apresentarem percentuais nulos ou acima de 100%;
- No intuito de se ter parâmetros fundamentados, foi realizada a comparação dos resultados obtidos com informações referentes aos indicadores do PMAQ à nível Nacional, Estadual e Municipal, conforme indicado no AMAQ (manual do PMAQ);
- A partir da socialização dos indicadores foi solicitado que a equipe indicasse ações que estivessem na sua governabilidade, para qualificar os indicadores, sendo produzido como resultado da discussão uma lista com orientações para guiar as ações e registros na unidade (APÊNDICE B).

- Na segunda oficina foi retomada as demandas levantadas pela equipe e reforçada as ações propostas com a participação de profissionais da SMS envolvidos no PMAQ e nas Políticas de Saúde;

Os sujeitos participantes das oficinas foram profissionais de saúde vinculados ESF, entre eles o médico, a enfermeira, agentes comunitários de saúde, a técnica em enfermagem e os residentes multiprofissionais alocados na ESF.

Os profissionais foram convidados a participar da intervenção de forma voluntária e, como critério de inclusão, todos os envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do projeto guarda-chuva (Anexo A) e o Termo de Confidencialidade (TC) (Anexo B). Conforme consta na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) e aprovação do CEP sob o número 433995 (Anexo C).

## **RESULTADOS**

### **A oficina: O corte e recorte da Rede.**

Partindo dos resultados obtidos nos indicadores do PMAQ buscou-se construir um espaço interativo, destinado a atualização dos profissionais que integraram a pesquisa, proporcionando momentos de aproximação entre os trabalhadores da AB e os SIS, suprimindo questionamentos através da troca de experiências, reconhecendo seu território a partir das informações que eles alimentam no SIAB e discutindo sobre a qualificação da coleta dos dados e da correta alimentação nos sistemas.

Nesse sentido, a ação de formação dos trabalhadores da ESF se deu por novo contato com a coordenadora, para agendamento das oficinas, as quais foram realizadas, nos turnos destinados para a reunião de equipe.

As oficinas foram realizadas nos dias 05 e 12/02/ 2014 das 13h30 às 16h. Teve como proposição discutir “Entre corte, recorte e costura: potencializando o SIAB para melhoria do acessos e da qualidade na Atenção Básica”.

Em um primeiro momento foram apresentados os cálculos referentes aos indicadores do PMAQ, com resultados em forma de gráfico, para facilitar a visualização, além disso, foi realizada comparação dos indicadores locais com o nível municipal, estadual e federal (APÊNDICE A).

Os gráficos demonstraram, em sua maior parte, que as informações não refletem a realidade do território, pois durante a socialização das informações coletadas os profissionais relataram que estão atendendo uma média de oito mil pessoas.

Tal informação vai de encontro ao que preconiza o MS (2013), com base na Portaria 2.355 de outubro de 2013 considera para cada ESF ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição e que para áreas mais vulneráveis é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, aproximando de 2.000 pessoas por equipe.

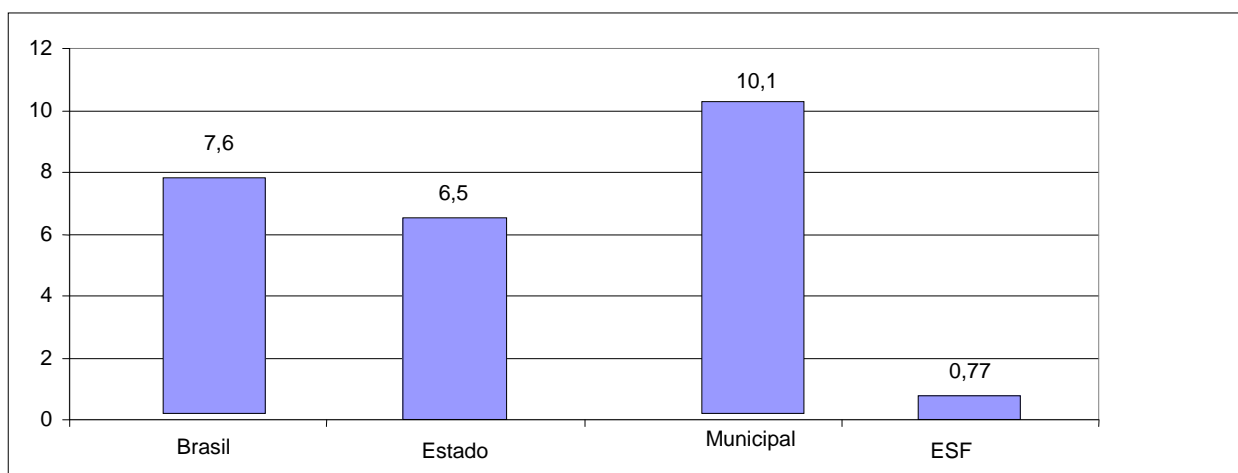
Ratificando o exposto, verificou-se no Indicador proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica (427%) assim como a média de



atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada na ESF (GRÁFICO 1). Após muitos questionamentos, constatou-se que, por falta de informação e de um “olhar” da equipe para esses dados, são lançados no registro mensal no SIAB todos os atendimentos, independente da pessoa pertencer no território adscrito ou não, comprometendo a avaliação da referida equipe.

Nesse sentido, foi orientado à equipe que faça o registro no SIAB, apenas das pessoas que sejam adstritas no território da ESF, no intuito de identificar a proporção real de gestantes pertencentes à unidade e a média de consultas de pré-natal no sentido de contribuir efetivamente para o planejamento e monitoramento das ações voltadas à atenção pré-natal, parto, puerpério e atenção à saúde da criança no âmbito da gestão local e municipal.

**GRÁFICO 1:** COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE ATENDIMENTOS DE PRÉ-NATAL POR GESTANTE CADASTRADA A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE

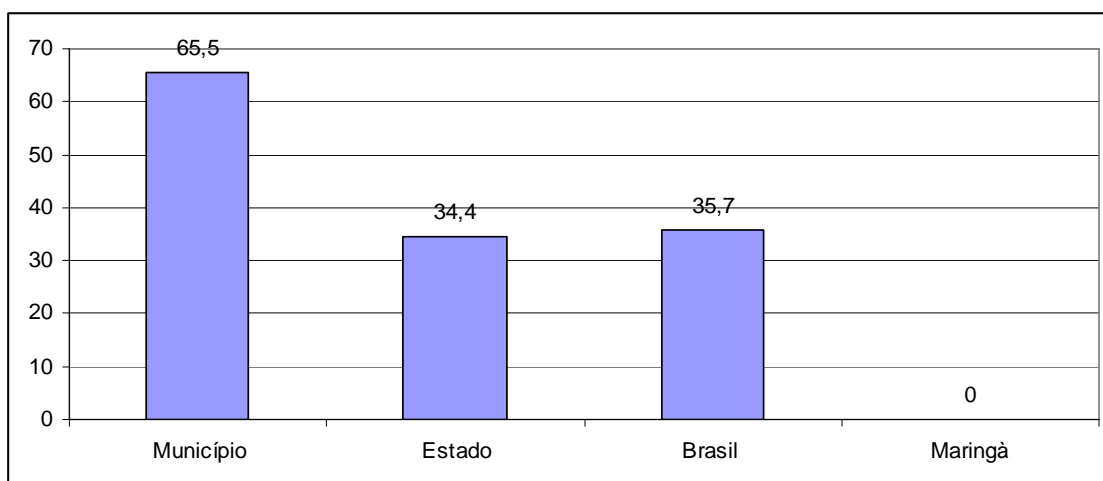


O gráfico acima expõe a diferença entre a ESF e as demais instâncias, evidenciando assim a não continuidade do cuidado, demonstrado baixo número da média de consultas de pré-natal por gestante cadastrada na Unidade de Saúde. A atenção pré-natal deve ter uma **média de 7 atendimentos** durante a gestação (pelo menos uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre), além da consulta de puerpério, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

O objetivo desses indicadores e outros do PMAQ é o monitoramento da situação de saúde de todas as gestantes da área, de modo a estimular a adesão regular ao pré-natal, estimular hábitos de vida e condutas saudáveis e seguras, além da possibilidade de identificar situações de risco que exijam intervenções oportunas para proteção da gestante e do concepto (BRASIL 2012)

Outro indicador amplamente discutido, foi referente a razão entre exames citopatológicos do colo do útero encontrou-se nulo, por conta de não apresentar dados no SIAB.

**Gráfico 2:** COMPARAÇÃO ENTRE A RAZÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO NA FAIXA ETÁRIA DE 15 ANOS OU MAIS



Esse indicador possibilita verificar se as equipes de Atenção Básica estão realizando ações de rastreamento do câncer do colo do útero. Ressalta-se que, além da baixa incidência de câncer em mulheres jovens, há evidências de que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres mais maduras (SASIENI, 2009).

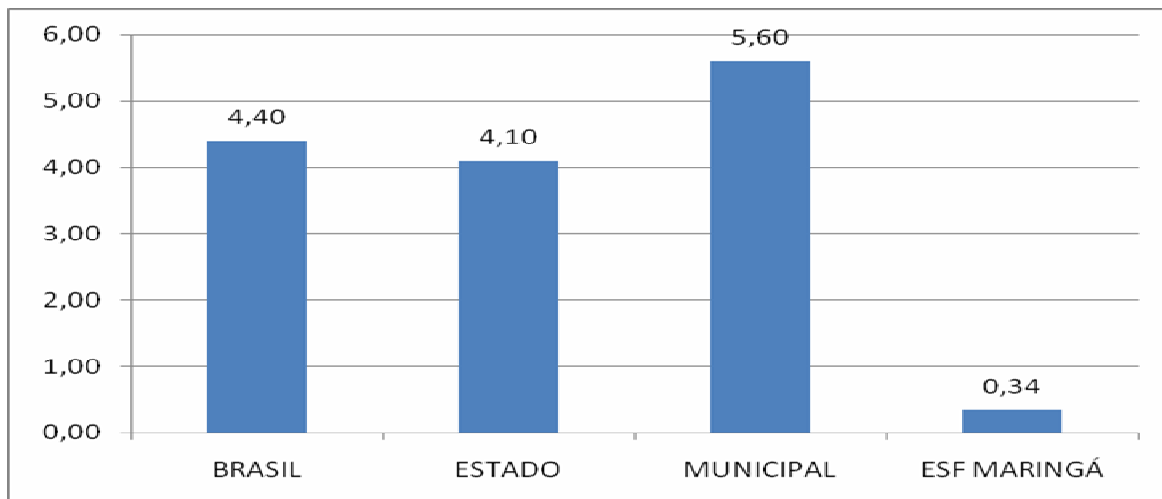
Mulheres jovens sexualmente ativas devem ser orientadas sobre anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e práticas de sexo seguro. Essas medidas podem ser implementadas sem a necessidade da inclusão no programa de rastreamento (USA/CDC, 2006).

O objetivo desses indicadores e outros do PMAQ é o monitoramento da situação de saúde de todas as gestantes da área, de modo a estimular a adesão regular ao pré-natal, estimular hábitos de vida e condutas saudáveis e seguras, além da possibilidade de identificar situações de risco que exijam intervenções oportunas para proteção da gestante e do conceito (BRASIL 2012)

Bem como os indicadores da Saúde da mulher, a Saúde da criança também apresentou gráficos com resultados aquém dos níveis de comparação, dentre estes a média de atendimento de puericultura foi verificada como abaixo dos comparativos. Esse indicador mede a relação entre a produção de atendimentos de puericultura e as crianças menores de 2 anos acompanhadas pela equipe de Atenção Básica no domicílio, avaliando a potencial suficiência da oferta desses atendimentos

ambulatoriais, caso a produção fosse igualmente distribuída por todas essas crianças, conforme demonstra o gráfico a baixo:

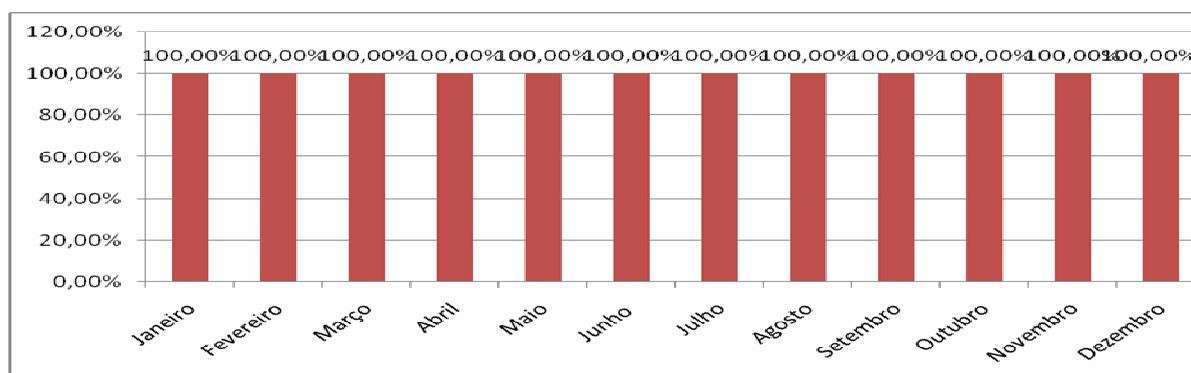
**Gráfico 3:** COMPARAÇÃO ENTRE A MÉDIA DE ATENDIMENTO DE PUERICULTURA A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE



No gráfico demonstra a discrepância entre as médias de atendimento evidenciando assim a não continuidade do cuidado, isso por conta do desconhecimento do número de crianças do território e como consequência a falta da oferta desse atendimento, segundo relato da enfermeira a comunidade não aceitava ter a consulta de puericultura com a enfermagem, somente pelo médico, mas que essa situação está sendo desconstruída e aos poucos a população está aderindo as consultas com ambos os profissionais (enfermeira/médico).

Em relação as crianças com aleitamento materno exclusivo e a proporção de crianças com vacina em dia, ambos os gráficos apresentaram 100% de acompanhamento, conforme abaixo:

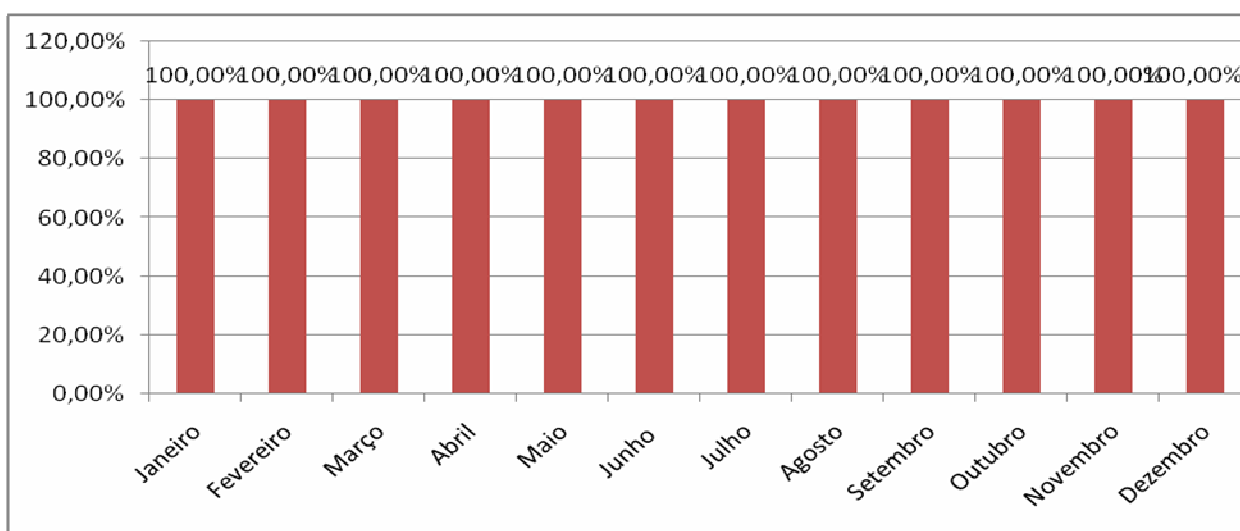
**Gráfico 4:** PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES COM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE



Esse indicador estima a frequência da prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida. Níveis de prevalência elevados estão associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo potencial resistência às infecções.

No gráfico observa-se que 100% das crianças menores de 4 meses estavam em aleitamento materno exclusivo no período analisado.

**Gráfico 5:** PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO COM VACINA EM DIA A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE



Esse indicador estima a proporção da população infantil menor de 1 ano imunizada de acordo com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). A meta operacional básica do Programa Nacional de Imunização (PNI) é vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico.

O gráfico demonstra que a Unidade de Saúde está de acordo com o preconizado. No entanto, em discussão com a equipe verifica-se que é impossível os gráficos 4 e 5 apresentarem resultado de 100% devido haver áreas descobertas e por conta disto há crianças em área adstrita que não estão sendo acompanhadas.

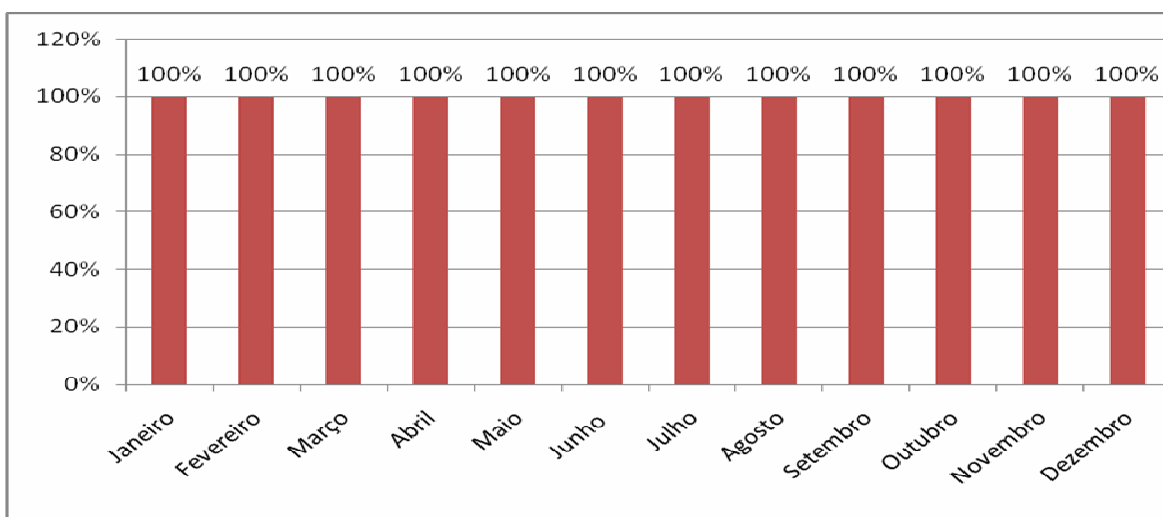
Além destes indicadores, há outros que permitem monitorar a qualidade dos atendimentos às crianças do território com o objetivo de acompanhamento desse grupo prioritário de forma proativa pela equipe, de modo a monitorar sua situação de saúde, estimular a realização de ações preconizadas para essa faixa etária (consultas de puericultura em dia, vacinação em dia, aleitamento materno,...), identificar precocemente situações de risco para encaminhamento oportuno e

realizar ações educativas junto à família para melhoria da qualidade do cuidado à criança, entre outros.

Tratando-se de outro grupo que merece acompanhamento prioritário junto à equipe, são os que possuem doenças crônicas, como Hipertensos e Diabéticos, os quais são monitorados pelos indicadores de cadastros e acompanhamento.

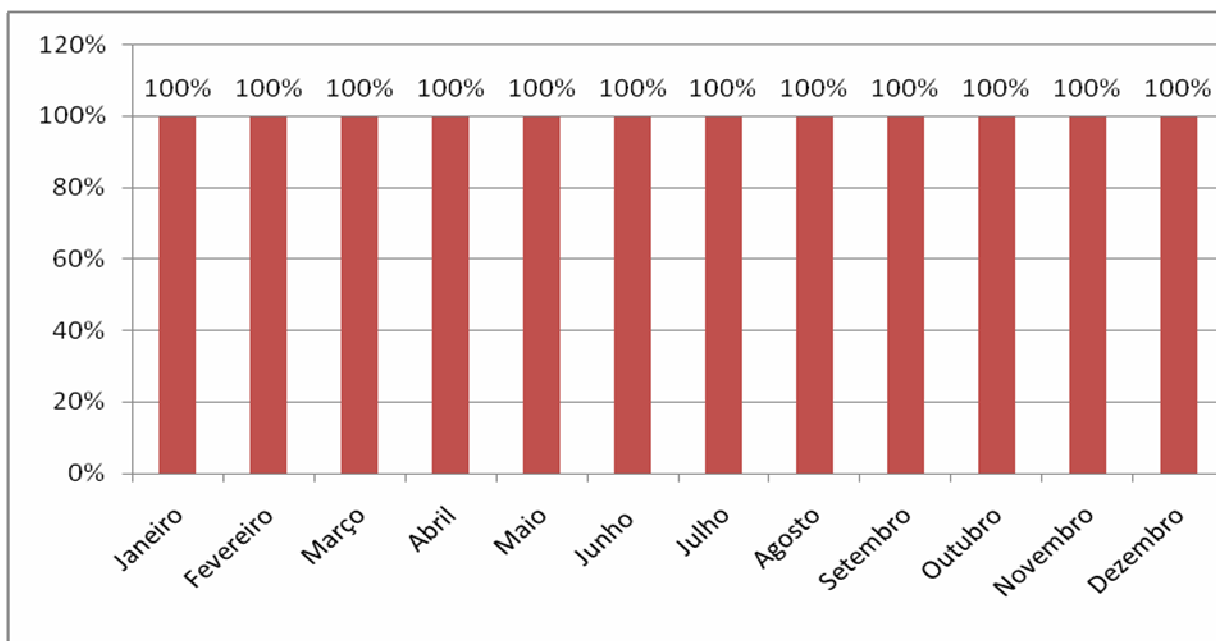
Nestes foram verificados que em relação a proporção de Diabéticos e Hipertensos cadastrados, foram verificados 100% em ambos os indicadores, de acordo com o relato dos Agentes Comunitários de Saúde, eles afirmam que realizam o cadastro de todos, independentemente de retirar a medicação da unidade ou não, pois quando realizam as visitas eles orientam essa população as práticas de vida saudável para o controle dessas patologias e solicitam acompanhamento do médico e enfermeira quando necessário.

**Gráfico 6:** PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS CADASTRADOS NA UNIDADE DE SAÚDE.



Esse indicador pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao Diabetes Mellitus e as doenças associadas, tais como estimativa de demanda de medicamentos e da necessidade de profissionais e serviços especializados para tratamento das doenças causadas pelo diabetes, como doença renal crônica (BRASIL, 2012).

**Gráfico 7: PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS NA UNIDADE DE SAÚDE**



Esse indicador estima a captação de pessoas com hipertensão arterial sistêmica na população de 15 anos ou mais cadastrada, isto é, em que medida a equipe de Atenção Básica tem conhecimento dos hipertensos da sua área de adscrição (BRASIL,2012).

Em relação as propostas para atualização das informações referentes ao cadastro do HIPERDIA (program de acompanhamento dos Hipertensos e Diabeticos), foi proposto pela equipe um multirão no intuito de identificar se a população cadastrada é a mesma que encontram-se nos registros e assim, propor ações com essa população.

A partir deste cenário foi proposto à equipe que identificassem os nós críticos para qualificação dos indicadores, os quais encontravam-se a baixo dos indicadores de avaliação do município, estado e união. Nesse contexto os trabalhadores foram discutindo estratégias de ação, as quais encontram-se no seu espaço de governabilidade.

A partir desta construção, foram relatadas algumas ações para potencializar a qualificação das informações geradas pelo SIAB e que vão ao encontro do que propõe o PMAQ.

Como resultado da análise dos indicadores locais verifica-se a necessidade de identificar a população adscrita à ESF, por (re)mapeamento ou recadastro das famílias, no intuito de fazer a gestão do cuidado, das pessoas no território, possibilitando entre outras ações a busca ativa de gestantes para a realização de no

mínimo as sete consultas de pré-natal, conforme preconiza o MS (BRASIL, 2000), bem como as crianças em fase de puerpério, sendo esses indivíduos que precisam de maior atenção em relação a cobertura vacinal, alimentação adequada, como aleitamento materno. Além desses, associa-se a esse cenário a necessidade da gestão do HIPERDIA, os quais precisam ter assegurado consultas periódicas para o acompanhamento longitudinal das pessoas que vivem com doenças crônicas.

Como resultado do trabalho desenvolvido com a equipe, foram apontadas algumas estratégias para reverter o atual quadro, tais como: cadastrar no SIAB apenas as pessoas/famílias adscritas ao território de cobertura de ESF e em uma segunda planilha os usuários que acessam os serviços da unidade e que não pertencem ao território, construindo indicadores, os quais serão apresentados à gestão, demonstrando a necessidade de ampliação da ESF para garantia da cobertura da Atenção Básica, estas foram registrada em uma lista de orientações e entregue aos profissionais (APÊNDICE B).

Outra fragilidade apontada pela equipe diz respeito à falta de formação continuada no manuseio/alimentação das informações que constam no formulário do SIAB, uma vez que foi identificada fragilidade no preenchimento do referido instrumento. Verifica-se com isso a necessidade de proporcionar momentos de trocas de experiências entre a gestão da SMS e a equipe de apoiadores do PMAQ no município, para qualificação dos SIS.

## **Oficina 2: Costuras necessárias**

Para aumentar a formação das equipes em relação a relevância que tem o SIAB na gestão do trabalho das equipes de ESF, foi oportunizada uma roda de conversa com um profissional que atua como apoiador do PMAQ no município e a coordenadora da Política de Hipertensão e Diabetes da SMS, possibilitando a equipe socialização de informações no intuito de ampliar o debate na perspectiva da melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

## CONCLUSÃO

Como verificou-se o SIAB é um SIS que atua como ferramenta na gestão local de saúde, fornecendo dados que servem de base para o cálculo de indicadores. Assim, no intuito de avaliar e monitorar os processos de trabalho, há o PMAQ, que para gerar resultado satisfatório é necessário ter sua base, o SIAB, alimentado de modo adequado, com informações que reflitam a realidade do território.

Diante do exposto, o estudo teve como foco relatar a intervenção realizada por residentes de um programa de residência multiprofissional na área de concentração vigilância em saúde de uma Universidade Federal, localizada na região central do estado do Rio Grande do Sul nos anos de 2012-2014, partindo de um projeto maior e intervindo na realidade de uma ESF, na perspectiva de propor ações para qualificar as informações geradas e consequentemente os respectivos indicadores de saúde e avaliação externa do PMAQ.

As fragilidade trazidas desde o diagnóstico demonstram a necessidade de estreitar as relações entre as equipes e a gestão no intuito de qualificação da Atenção Básica. Nesse sentido a aproximação das equipes com a gestão na perspectiva da troca de experiências proporcionou o corte, recorte e costura da rede na finalidade de potencializar o SIAB, para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Portaria nº2.355, de 10 de outubro de 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355\\_10\\_10\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2355_10_10_2013.html). Acesso em: abr.2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **IBGE cidades@**. 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=431690](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=431690) Acesso em: 09 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Apresentação UPA 24h**, 2012. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1791](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1791). Acesso em: 07 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB). **Nota técnica Santa Maria/RS, 2013**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>. Acesso em: 17 fev.2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA N.º 570, DE 1º DE JUNHO DE 2000**. Disponível em: [http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria\\_570\\_GM.PDF](http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_570_GM.PDF). Acesso em: fev. 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012

Holanda, M. A. de. **Implementação do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN WEB) no município de Arcoverde – PE**. Recife: [s.n.], 2011. 37 p. : tab. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011. Orientador: Wallacy Milton do Nascimento Feitosa.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Ed. Hucitec. 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 17-8, 2012.

PINTO, I. C.; BULGARELLI, F. A.; GOMES, T. S.; FIGUEIREDO, L. A.; FORSTER, A. C.; PUIME, A. O. **Os Sistemas de Informação em Atenção Primária como instrumento de gestão em saúde: análise de experiências na Espanha**. Cad. Saúde Colet., 2010, Rio de Janeiro, 18 (2): 291

SANTA MARIA (RS). Prefeitura. Secretaria de Município da Saúde. **Postos de Saúde**, 2013. Disponível em: [www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude](http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/191-postos-de-saude). Acesso em: 10 jan. 2013

SASIENI, P. et al. **Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data**. BMJ, 339, p. b2968, 2009

## **Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA AO SISTEMA  
PÚBLICO DE SAÚDE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO(TCLE)

**Título do projeto: A Utilização dos Sistemas de Informação como Ferramenta Estratégica na Integralidade da Rede de Atenção à Saúde**

Pesquisador responsável: Terezinha Weiller

Instituição/Departamento: Centro de Ciências da Saúde/ Programa de Residência Multiprofissional

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (55) 3220 8978

Pesquisadores participantes: Francine Gabbardo, Luana Pozzer, Namir Hodali

Telefones para contato: (55)84520522

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Esta pesquisa objetiva identificar a percepção dos trabalhadores da saúde diante os Sistemas de Informação em Saúde(SIS), bem como sua utilização e o grau de instrução sobre estes sistemas. A sustentação deste trabalho está no propósito de elucidar o modo como estes trabalhadores realizam suas atividades correlacionadas com os SIS.

As informações serão fornecidas através de um questionário semi-estruturado que será respondido por você. Os questionários serão recolhidos e guardados para futura análise.

A participação nesta pesquisa não representará, a principio, riscos potenciais ou reais à sua dimensão física, moral, intelectual, social, cultural, ou espiritual, em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá causar desconforto devido á falta de conhecimento sobre as perguntas realizadas. Caso isso aconteça você poderá a qualquer instante interromper a sua participação na pesquisa, podendo ou não retornar conforme seu desejo.

Esta pesquisa pode não apresentar benefícios diretos a você, mas pode, a partir dos resultados obtidos, traçar estratégias que possibilitem contribuir para qualificar o seu processo de trabalho, mediante a identificação das dificuldades e potencialidades de seu ambiente de trabalho.

Em qualquer etapa da pesquisa, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se você concordar em participar da pesquisa, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, garantindo a privacidade das informações fornecidas por você. Você também não será identificado(a) em nenhum momento, mesmo quando os

resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Ainda, você poderá retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de retaliação.

Consentimento de participação da pessoa como sujeito:

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “ A Utilização dos Sistemas de Informação em Saúde como Ferramenta Estratégica da Integralidade na Rede Atenção à Saúde”.

Ficaram claros para mi quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/assistência/tratamento neste serviço.

Local e data \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, 22 de Abril de 2013.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

\_\_\_\_\_  
Pesquisadores Orientandos

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM –

Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

## **Anexo B: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO**

O abaixo assinado, compromete-se a manter sigilo em relação às informações consideradas confidenciais a que poderá ter acesso na qualidade de avaliador (receptor da informação) na defesa da(o) Trabalho de Conclusão Curso intitulado A utilização dos Sistemas de Informação como ferramenta estratégica na integralidade da Rede de Atenção à Saúde, desenvolvida pelos Residentes Francine Gonçalves Gabbardo, Luana Pozzer e Namir Hodalli do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Área de Concentração em Vigilância em Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria -UFSM.

Por este termo, compromete-se:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gera benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros e a não repassar o conhecimento das Informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso relacionado à tecnologia apresentada na defesa acima mencionada;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial ou sigiloso que venha a ser disponibilizado através da defesa acima mencionada;
4. A não repassar o conhecimento das informações, por seu intermédio.

A obrigação de sigilo ora assumida não prevalece sobre informações que estejam sob domínio público antes da data de assinatura deste termo ou que se tornar pública pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial-INPI ou por instituto competente em âmbito internacional.

Neste termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

1. “informação confidencial” significará toda informação revelada relacionada à tecnologia apresentada associada com a Avaliação sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios;
2. “informação confidencial” inclui, mas não se limita às informações relativas às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredos de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos, metodologia, fluxogramas, especificações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados durante a defesa acima mencionada;
3. “avaliação” significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a defesa acima mencionada.

O presente compromisso será válido até que os direitos dos envolvidos tenham sido devidamente protegidos sob as cautelas legais exigíveis, ou tornado público pelo inventor ou pelo Instituto Nacional da Propriedade Industrial – INPI.

Caso o receptor da informação descumpra quaisquer obrigações previstas no presente documento estará sujeito as implicações e sanções de cunho civil e criminal cabíveis.

E PARA TODOS OS EFEITOS, firma o presente termo na presença das testemunhas abaixo-assinadas

Santa Maria, de 2011.

---

RECEPTOR DA INFORMAÇÃO

Nome legível:

CPF:

Testemunhas:

1- \_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

2 - \_\_\_\_\_

Nome:

CPF:

## APÊNDICE A:

### SAÚDE DA MULHER

#### 1.1.PROPORÇÃO DE GESTANTES CADASTRADAS PELA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA

População feminina do município de 10 a 49 anos = 84.327

População feminina de 10 a 49 anos beneficiaria de assistência ambulatorial de planos privados = 714 (mês)

$84.327 - 714 = 83.613$

$83.613 / 84.327 = 0,99 = 99\%$

Nascidos Vivos =  $3624 + 10\% = 3624 + 624 = 3986$

$3986 \times 0,99 = 3946,14$

Proporção de gestantes usuárias do SUS sobre total da população feminina de 10 a 49 anos.

$3946,14 / 84.327 = 0,046 = 4,68\%$  EQUIPE:

População feminina de 10 a 49 anos cadastrada pela equipe = 376

Número de gestantes estimadas pela equipe:  $376 \times 0,046 = 17,29$

Número de gestantes cadastradas pela equipe = 74

$74 / 17,29 \times 100 = 427\%$

OBS: O calculo representa falha na alimentação de dados pode-se justificar pelo atendimento de usuários que não estão cadastrados na unidade, ou seja, há mais gestantes atendidas do que cadastradas.

Esse indicador analisa a captação das gestantes para realização do Pré-natal com a equipe de Atenção Básica da área onde as gestantes residem, permitindo a análise da proporção de gestantes cadastradas no SIAB, em função do quantitativo de gestantes estimadas para determinado local e período.

O resultado pode ser influenciado por vários fatores: condições socioeconômicas da população, cobertura de planos privados de saúde, etc.

Dados extraídos de uma base limpa do SIAB apontam uma captação média de 43% das gestantes no cadastramento das equipes da Saúde da Família, com uma variação entre 27% (AC) e 49% (MG).

Esse indicador permite subsidiar os processos de planejamento, gestão e monitoramento das ações voltadas à atenção pré-natal, parto, puerpério e atenção à saúde da criança,

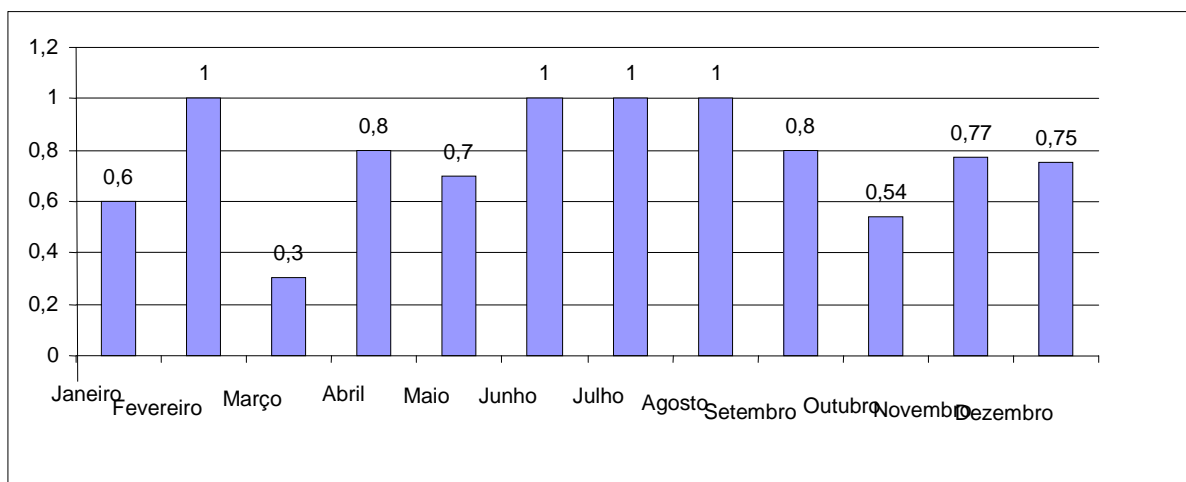
tanto para as equipes de atenção básica, como para a gestão municipal.

Dados complementares:

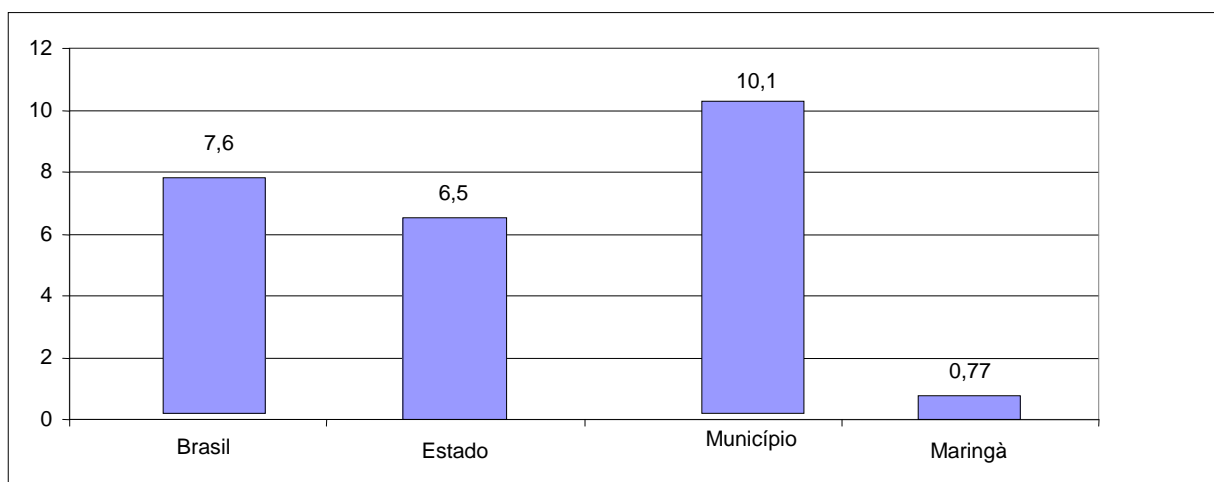
Coeficiente de natalidade: nº de nascidos vivos no ano x100.000/pop.total do território.

Coeficiente de fecundidade: Nascidos vivos em determinado local e período X 100.000/Nº de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)

## 1.2 MÉDIA DE ATENDIMENTOS DE PRÉ-NATAL POR GESTANTE CADASTRADA NA UNIDADE DE SAÚDE

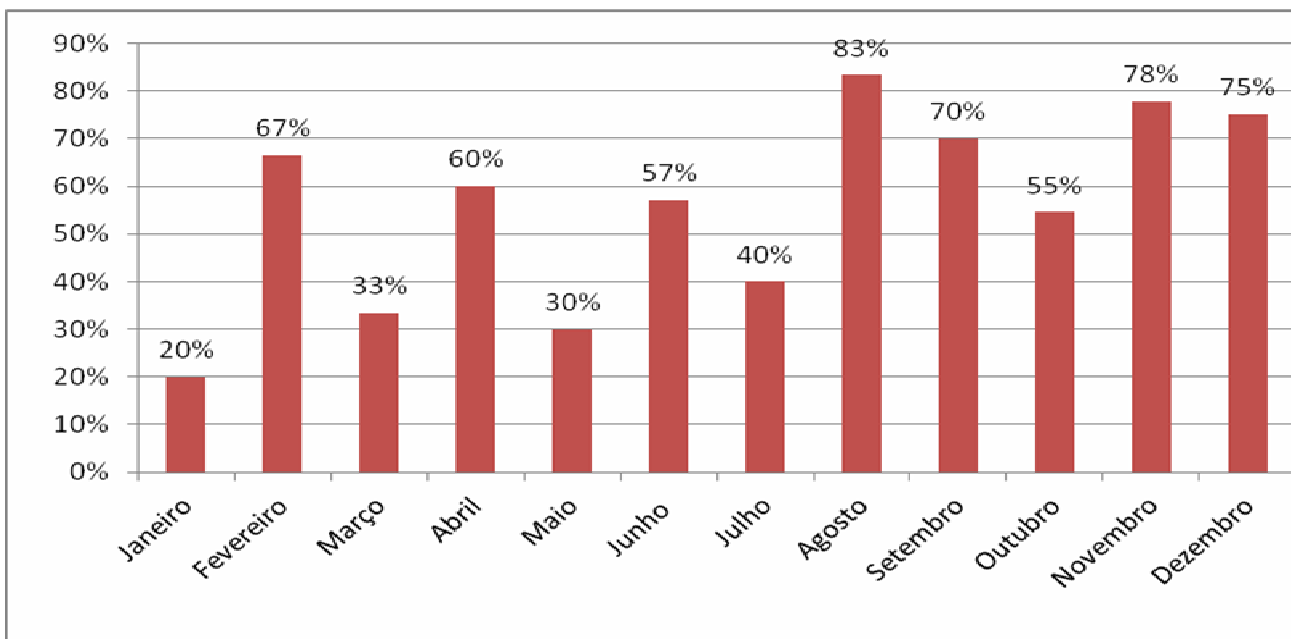


## COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE ATENDIMENTOS DE PRÉ-NATAL POR GESTANTE CADASTRADA A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE



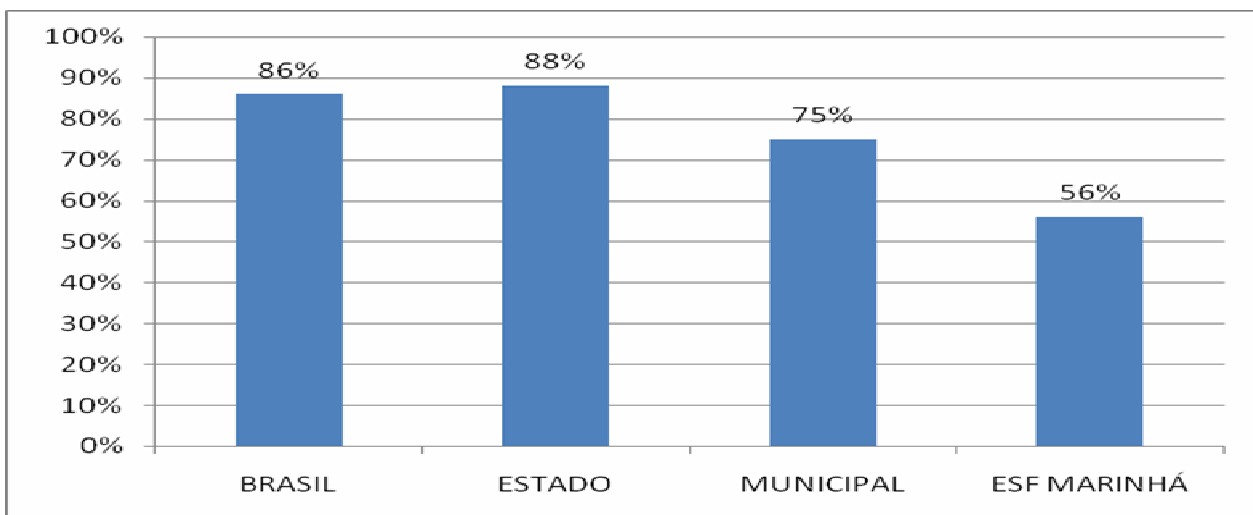
O gráfico acima expõe a diferença entre a ESF Maringá e as demais instâncias, evidenciando assim a não continuidade do cuidado, demonstrado baixo número da média de consultas de pré-natal por gestante cadastrada na Unidade de Saúde. A atenção pré-natal deve ter uma média de 7 atendimentos durante a gestação (pelo menos uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre), além da consulta de puerpério, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

### 1.3. PROPORÇÃO DE GESTANTES QUE INICIARAM O PRÉ-NATAL NO PRIMEIRO TRIMESTRE.



Durante os 12 meses a proporção média de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre foi de 56%. Em janeiro o percentual foi o mais baixo e em agosto mais alto dentre os 12 meses.

### COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE PROPORÇÃO DE GESTANTES QUE INICIARAM O PRÉ-NATAL NO PRIMEIRO TRIMESTRE A NÍVEL NACIONAL ESTADUAL MUNICIPAL E NA UNIDADE DE SAÚDE

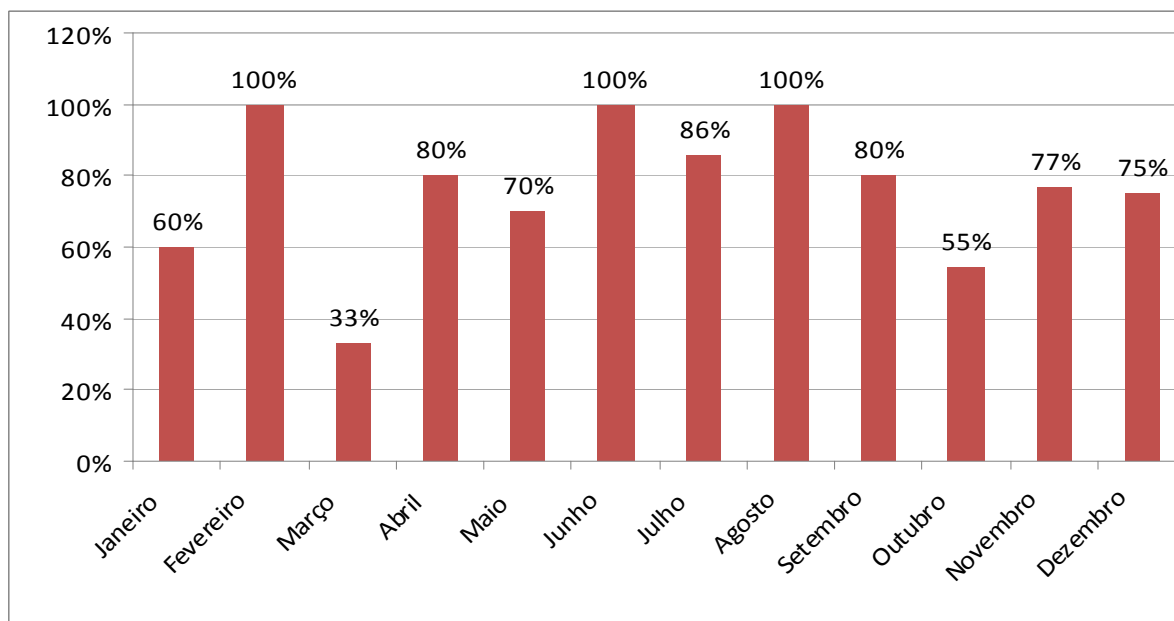


Comparando a Média de proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre entre o país, Estados, municípios brasileiros, com a ESF Maringá verificaram-se um percentual baixo dos parâmetros nacionais.

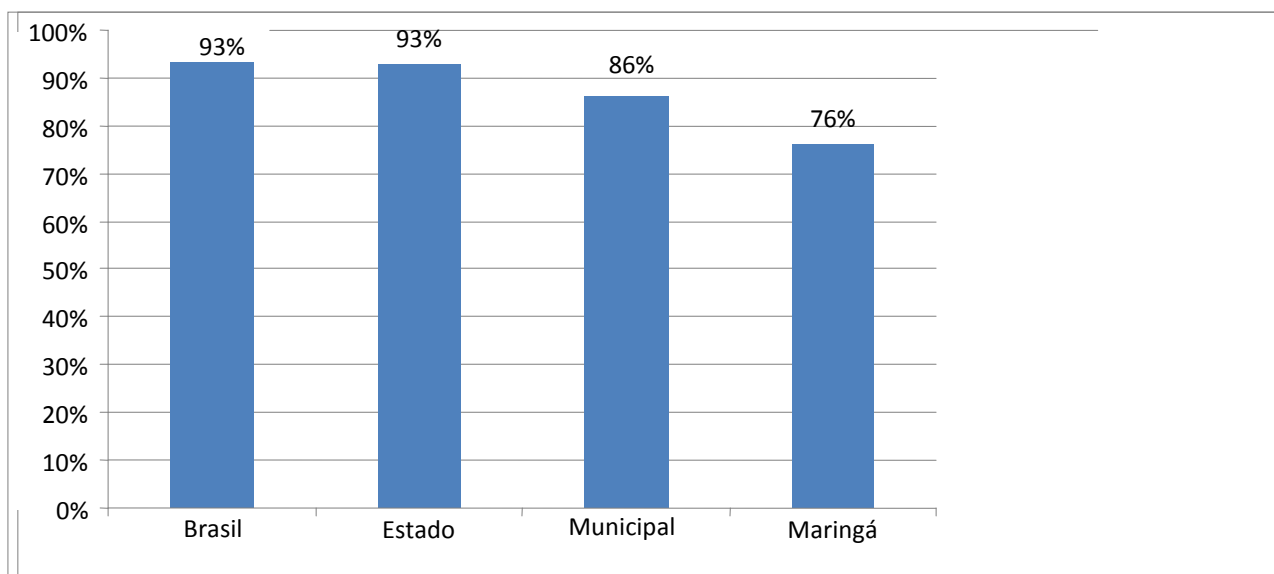
Esse indicador avalia a precocidade do acesso ao acompanhamento pré-natal. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança.



#### 1.4 PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PRÉ-NATAL NO MÊS NA UNIDADE DE SAÚDE.

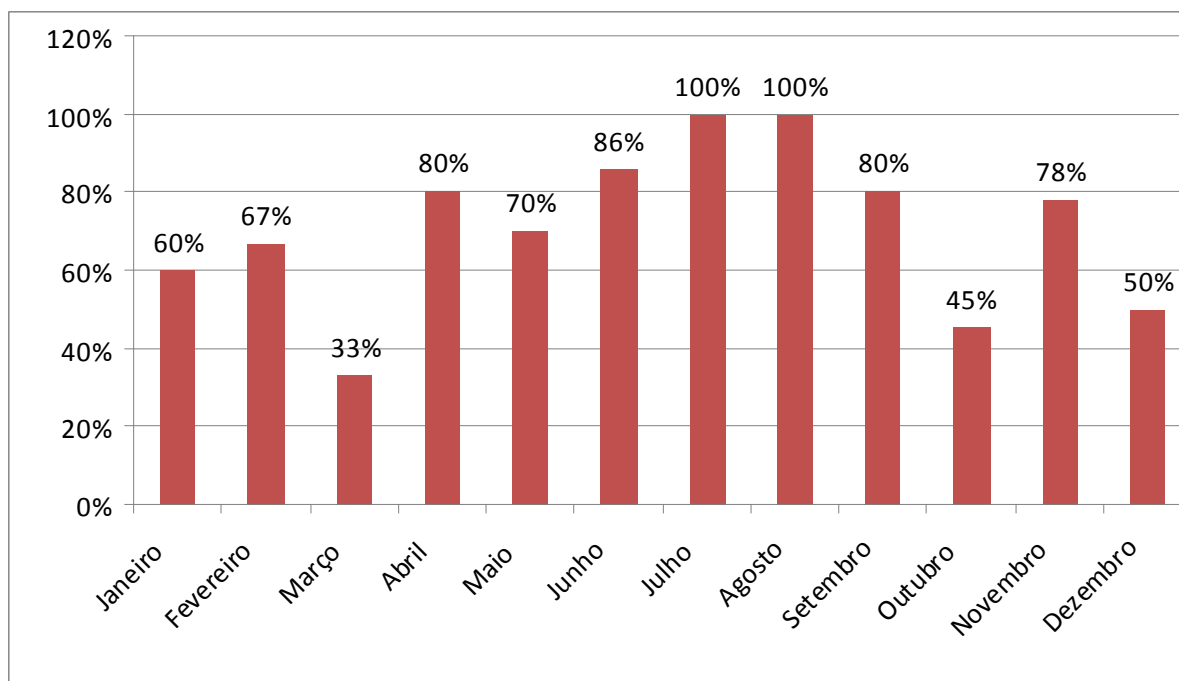


#### COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE PROPOR DE GESTANTES COM PRÉ-NATAL NO MÊS

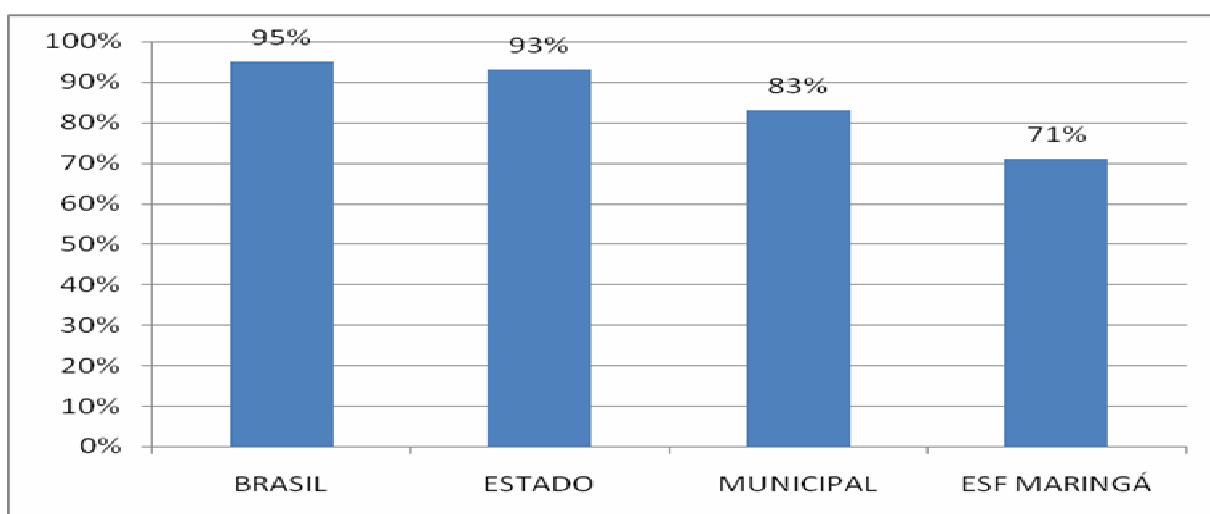


Esse indicador permite inferir as condições de acesso ao pré-natal, depende da adesão da gestante ao atendimento de pré-natal e do acolhimento e acessibilidade da equipe de atenção básica. No gráfico acima verificou-se que na maioria dos meses a proporção de gestantes com pré-natal no mês foi acima de 50%, demonstrando que o início do pré-natal no primeiro trimestre e a regularidade das consultas são condições essenciais para o alcance de um número satisfatório de atendimentos com qualidade.

### 1.5. PROPORÇÃO DE GESTANTES COM VACINA EM DIA

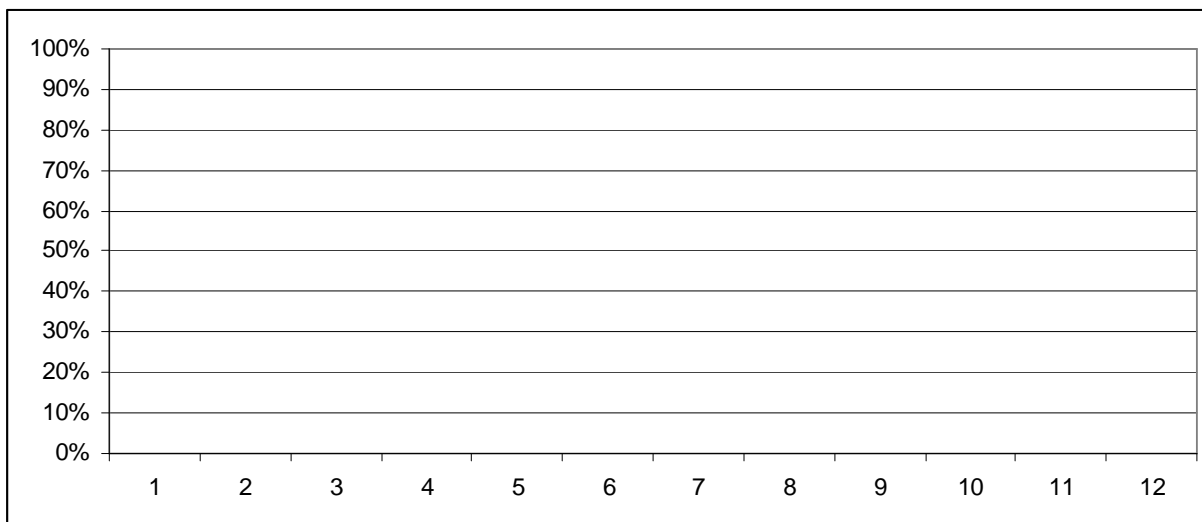


### COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE GESTANTES COM VACINA EM DIA



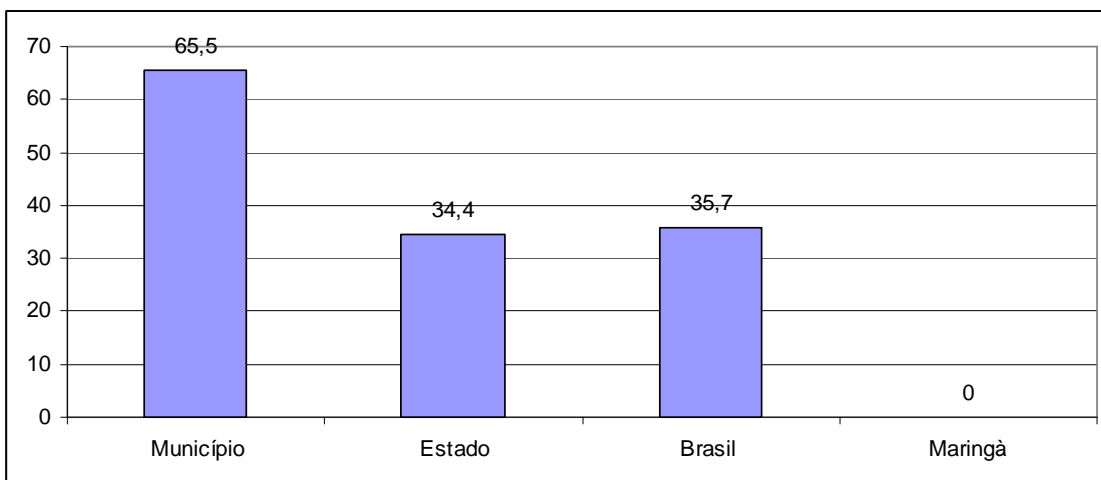
Esse indicador subsidia o planejamento, gestão e avaliação das ações voltadas para a atenção pré-natal, em especial a vacinação de gestantes contra o tétano, observa-se que o indicador referente à Unidade de Saúde encontra-se inferior a média das outras instâncias.

## 1.6. RAZÃO ENTRE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO



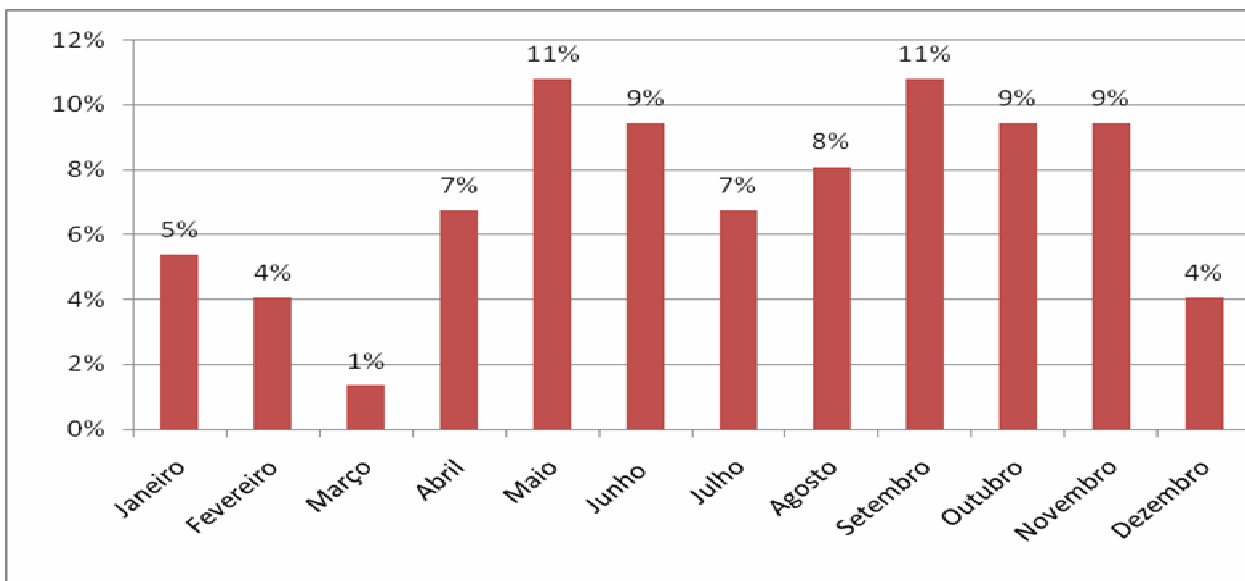
Em coleta de informação junto ao SIAB foi verificado que nenhum exame citopatológico foi coletado no ano de 2013.

### COMPARAÇÃO ENTRE A RAZÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO NA FAIXA ETARIA DE 15 ANOS OU MAIS



Esse indicador possibilita verificar se as equipes de Atenção Básica estão realizando ações de rastreamento do câncer do colo do útero. Ressalta-se que, além da baixa incidência de câncer em mulheres jovens, há evidências de que o rastreamento em mulheres com menos de 25 anos seja menos eficiente do que em mulheres mais maduras (SASIENI, 2009). Mulheres jovens sexualmente ativas devem ser orientadas sobre anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e práticas de sexo seguro. Essas medidas podem ser implementadas sem a necessidade da inclusão no programa de rastreamento (USA/CDC, 2006).

## 1.7. PROPORÇÃO DE GESTANTES ACOMPANHADAS POR VD NO TERRITÓRIO DA UNIDADE DE SAÚDE.

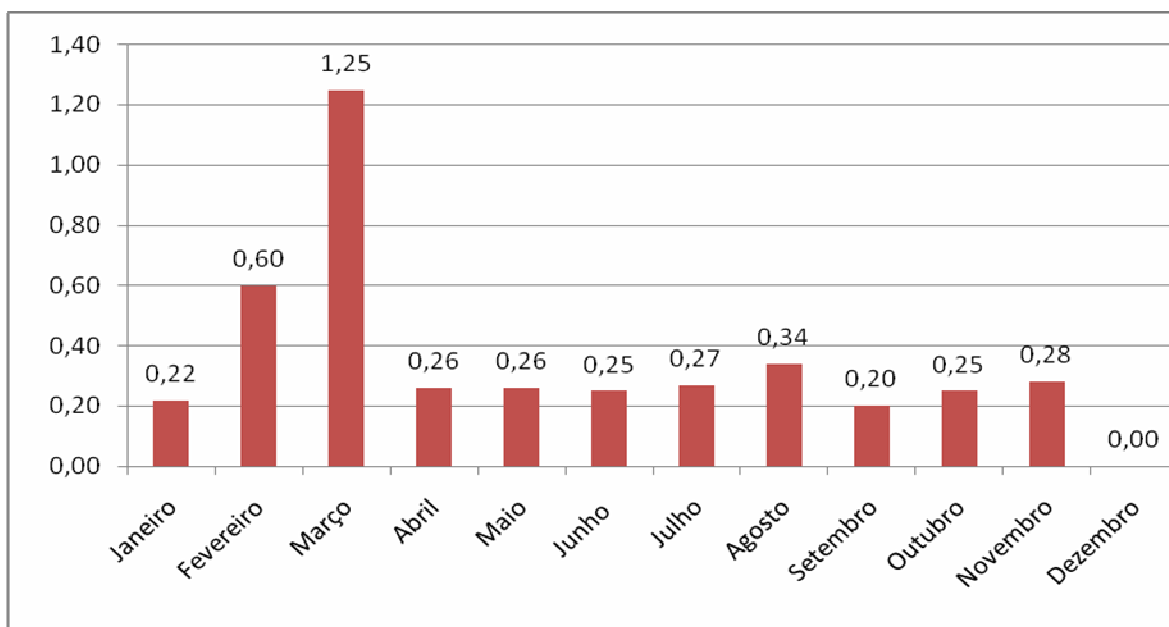


O objetivo desse acompanhamento é o monitoramento da situação de saúde de todas as gestantes da área, independente de onde elas estejam fazendo o pré-natal, de modo a estimular a adesão regular ao pré-natal, estimular hábitos de vida e condutas saudáveis e seguras, além da possibilidade de identificar situações de risco que exijam intervenções oportunas para proteção da gestante e do concepto.

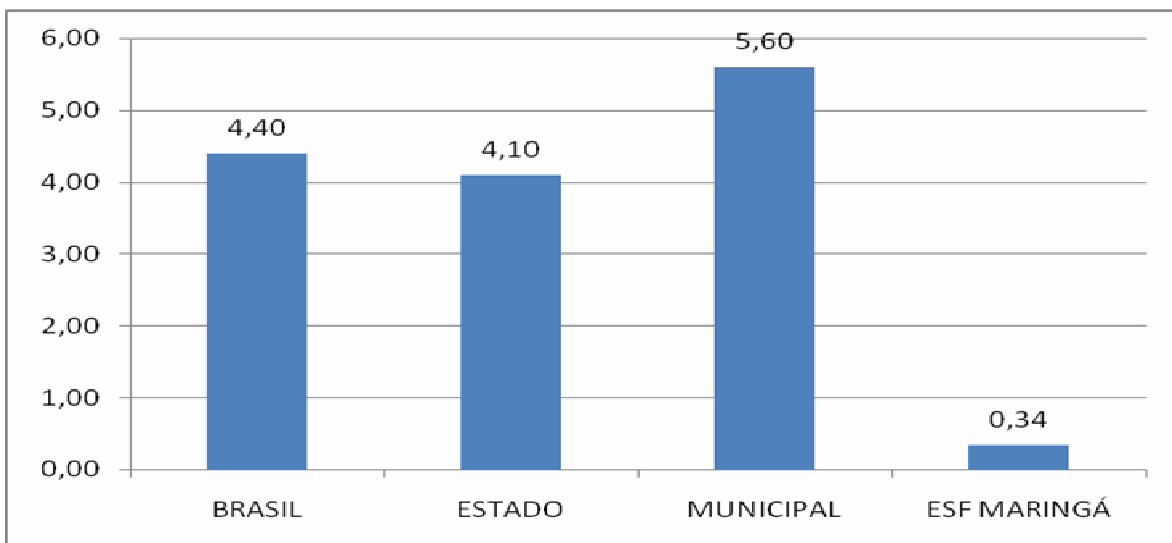
No gráfico verifica-se uma proporção de 7,08% no acompanhamento das gestantes por VD. Nesse indicador não há parâmetros fixo de comparação.

## 2. SAÚDE DA CRIANÇA

### 2.1 MÉDIA DE ATENDIMENTO DE PUERICULTURA A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE

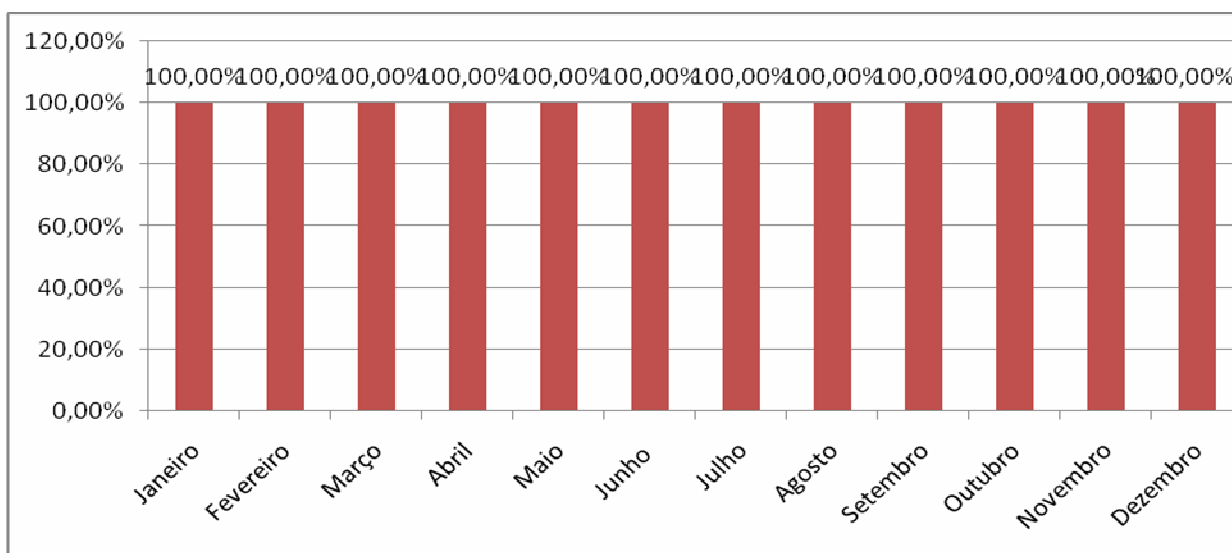


## COMPARAÇÃO ENTRE A MÉDIA DE ATENDIMENTO DE PUERICULTURA A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE.

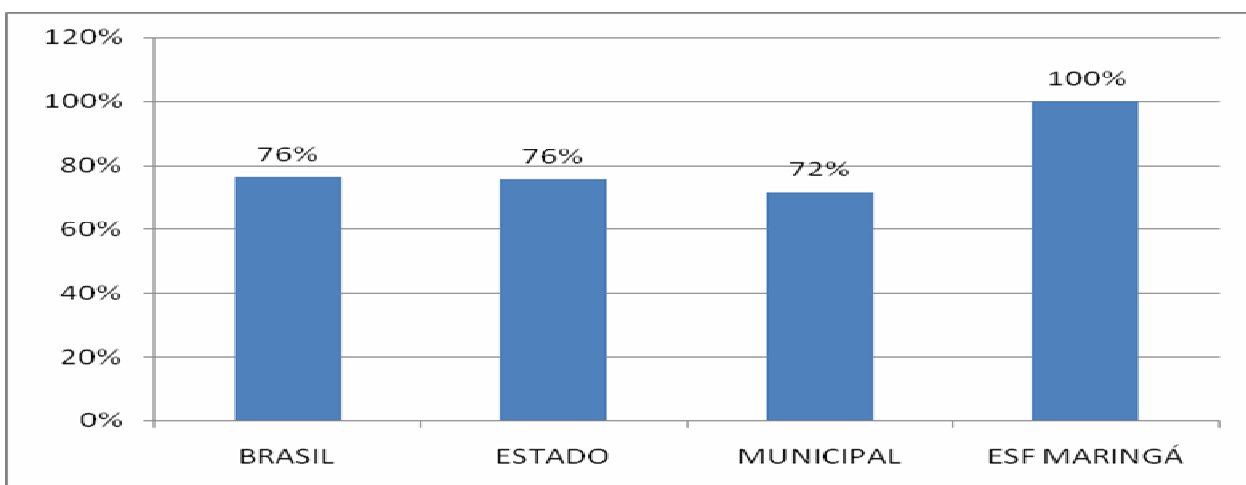


Esse indicador mede a relação entre a produção de atendimentos de puericultura e as crianças menores de 2 anos acompanhadas pela equipe de Atenção Básica no domicílio, avaliando a potencial suficiência da oferta desses atendimentos ambulatoriais, caso a produção fosse igualmente distribuída por todas essas crianças. No gráfico demonstra a discrepância entre as médias de atendimento evidenciando assim a não continuidade do cuidado.

## 2.2 PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES COM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE



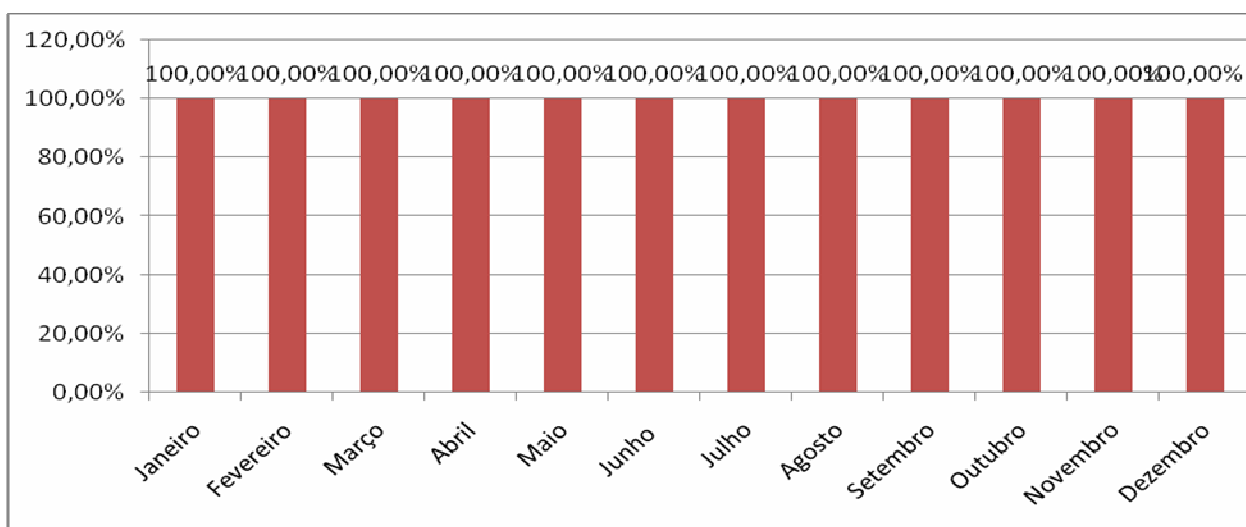
## COMPARAÇÃO DA PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES COM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE



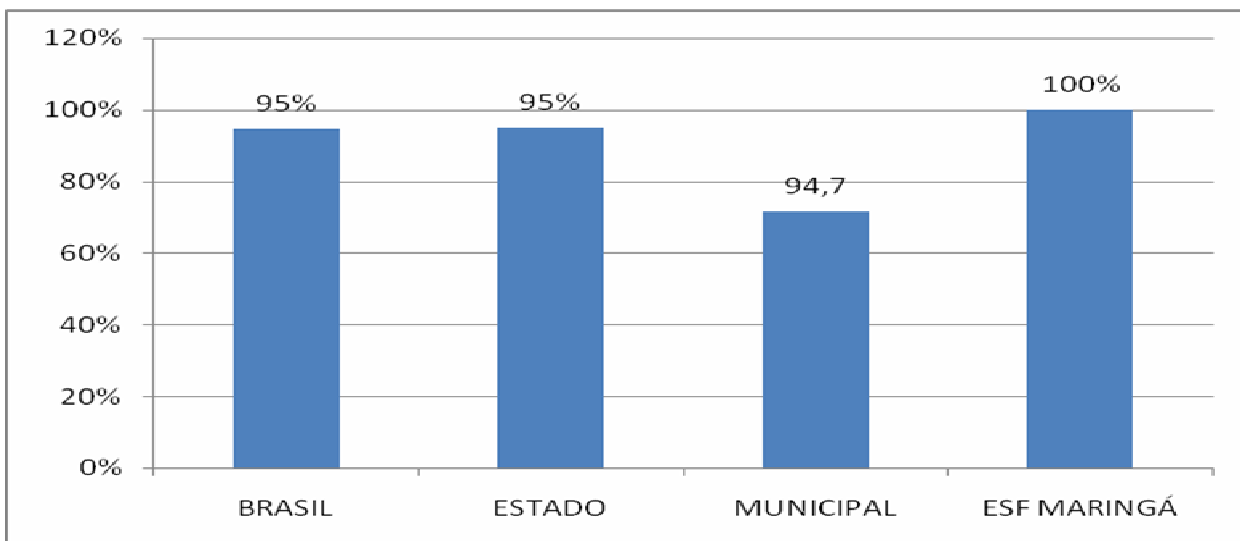
Esse indicador estima a frequência da prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros quatro meses de vida. Níveis de prevalência elevados estão associados a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo potencial resistência às infecções.

No gráfico observa-se que 100% das crianças menores de 4 meses estavam em aleitamento materno exclusivo no período analisado.

## 2.3 PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO COM VACINA EM DIA A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE

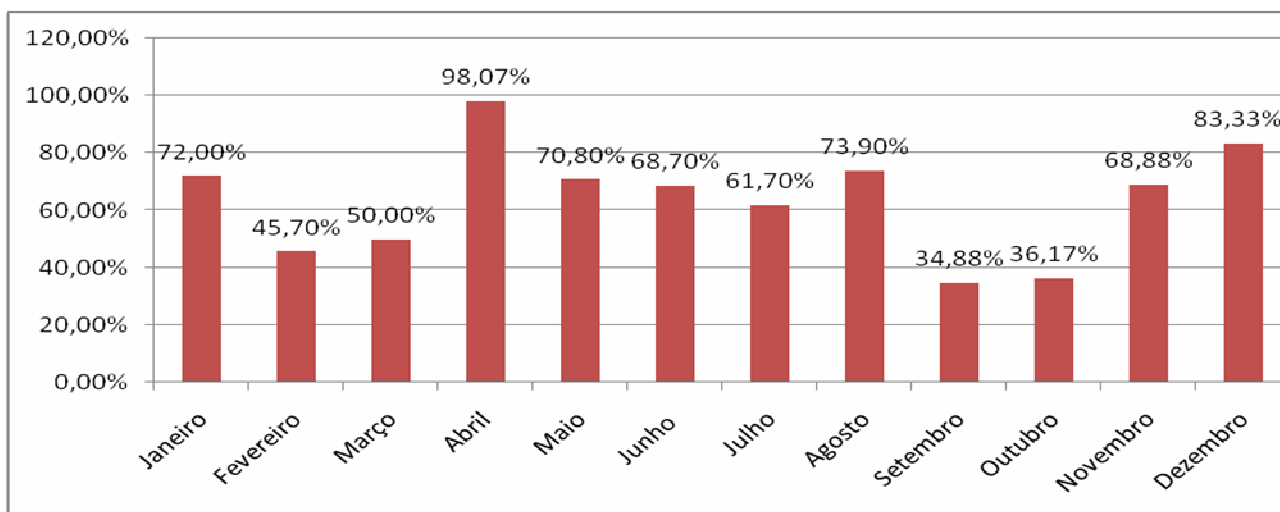


## COMPARAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO COM VACINA EM DIA A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE

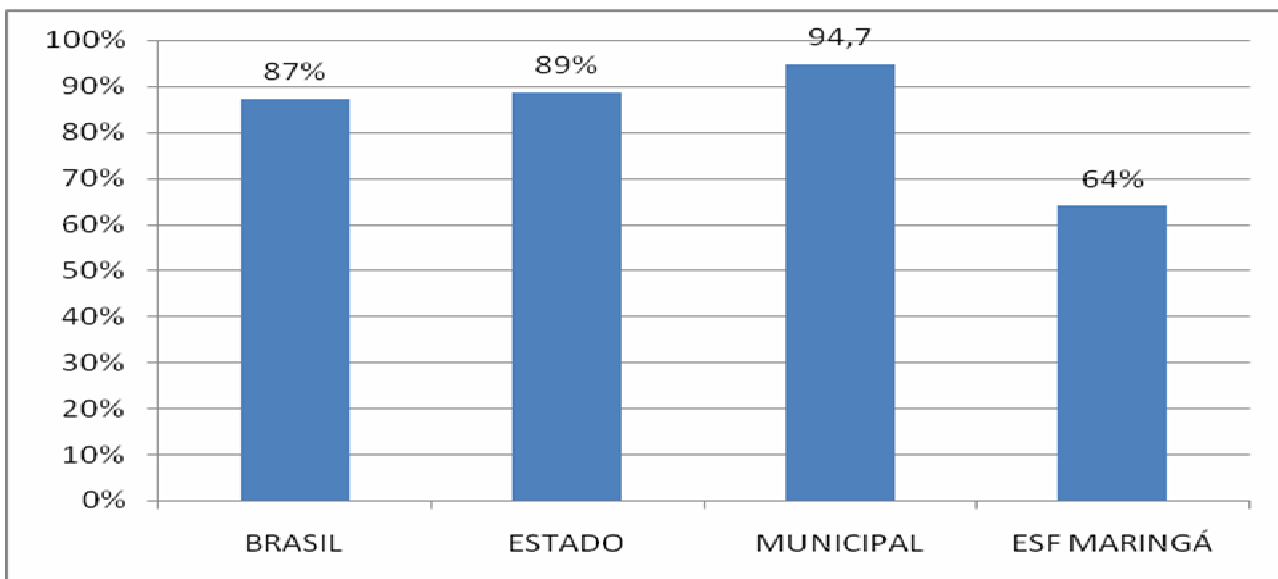


Esse indicador estima a proporção da população infantil menor de 1 ano imunizada de acordo com o esquema vacinal preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). A meta operacional básica do Programa Nacional de Imunização (PNI) é vacinar 100% das crianças menores de 1 ano com todas as vacinas indicadas no calendário básico. O gráfico demonstra que a Unidade de Saúde está de acordo com o preconizado.

## 2.4 PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS PESADAS A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE

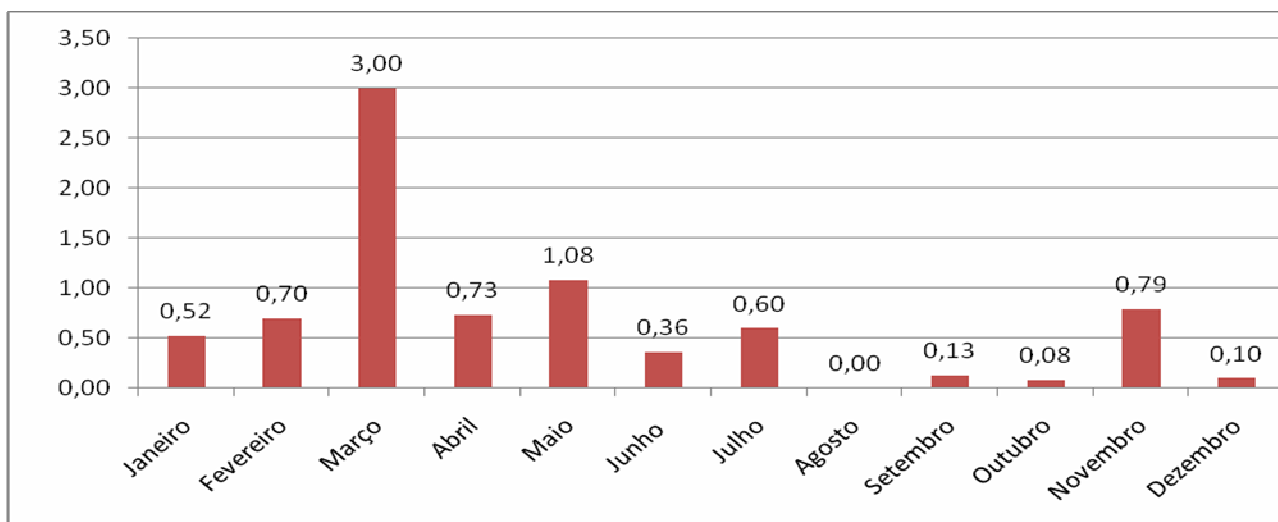


## COMPARAÇÃO DA PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS PESADAS A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE



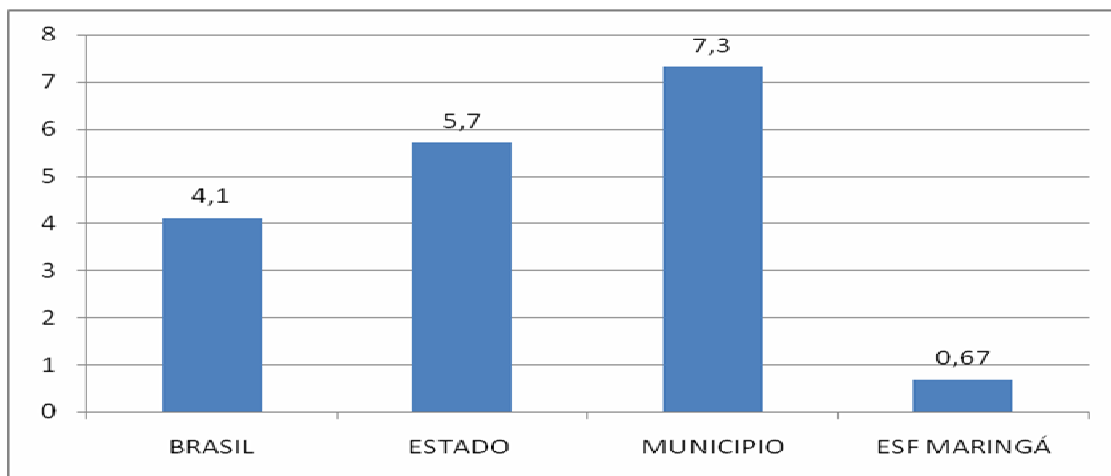
A mensuração periódica do peso das crianças permite a identificação precoce de situações de risco e necessidades de intervenção associadas com baixo peso, desnutrição ou sobrepeso. Considerando que as famílias com crianças devem ser priorizadas nas visitas domiciliares e que a mensuração do peso constitui uma atividade essencial para o acompanhamento das crianças, espera-se que a totalidade das crianças com menos de 2 anos sejam regularmente pesadas. Avaliando o gráfico, verifica-se que a unidade de saúde está a baixo em comparação com as demais instâncias.

## 2.5 MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS PARA MENOR DE 1 ANO A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE





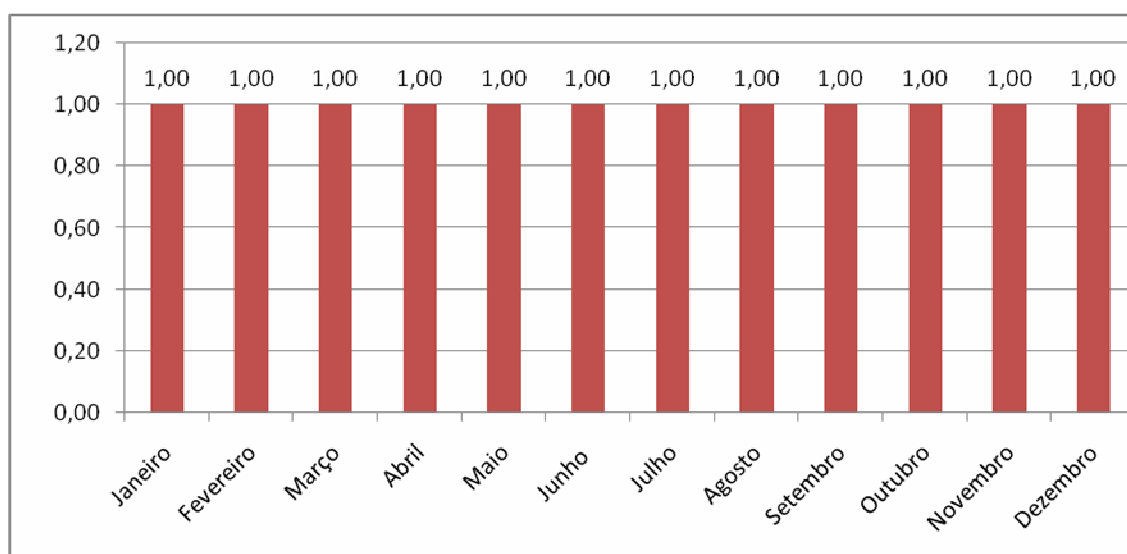
## COMPARATIVO DA MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS PARA MENOR DE 1 ANO A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE



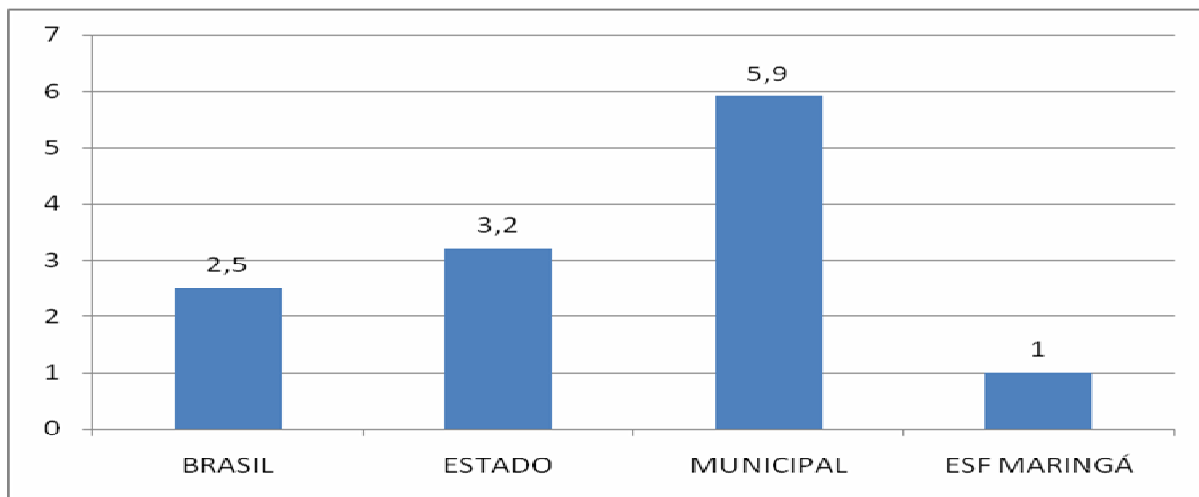
Permite analisar a suficiência da produção de consultas médicas para essa faixa etária em relação à demanda potencial das crianças menores de 1 ano acompanhadas pela equipe nos domicílios, no mesmo local e período.

Esse indicador considera, além dos atendimentos médicos programáticos (puericultura), as consultas de urgência e demanda agendada, permitindo uma análise mais abrangente da acessibilidade da equipe para as doenças prevalentes nessa faixa etária e outras demandas espontâneas. Ele permite avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação voltados para a assistência médica à saúde da criança. Em relação ao verificado no gráfico, observa-se baixa média de consultas para crianças menores de um ano.

## 2.6 MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS PARA MENOR DE 5 ANOS A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE



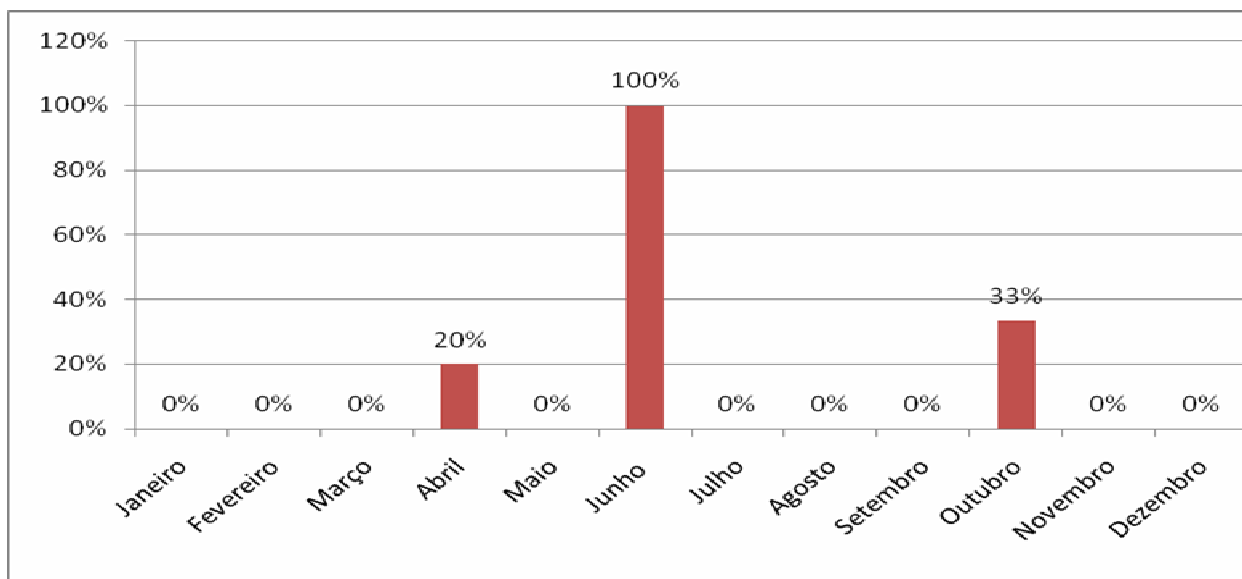
## COMPARAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS PARA MENOR DE 5 ANOS A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE



Esse indicador permite avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população, subsidiando processos de planejamento, gestão e avaliação voltados para a assistência médica à saúde da criança.

Obs: Verificar o perfil da população menor de 5 anos.

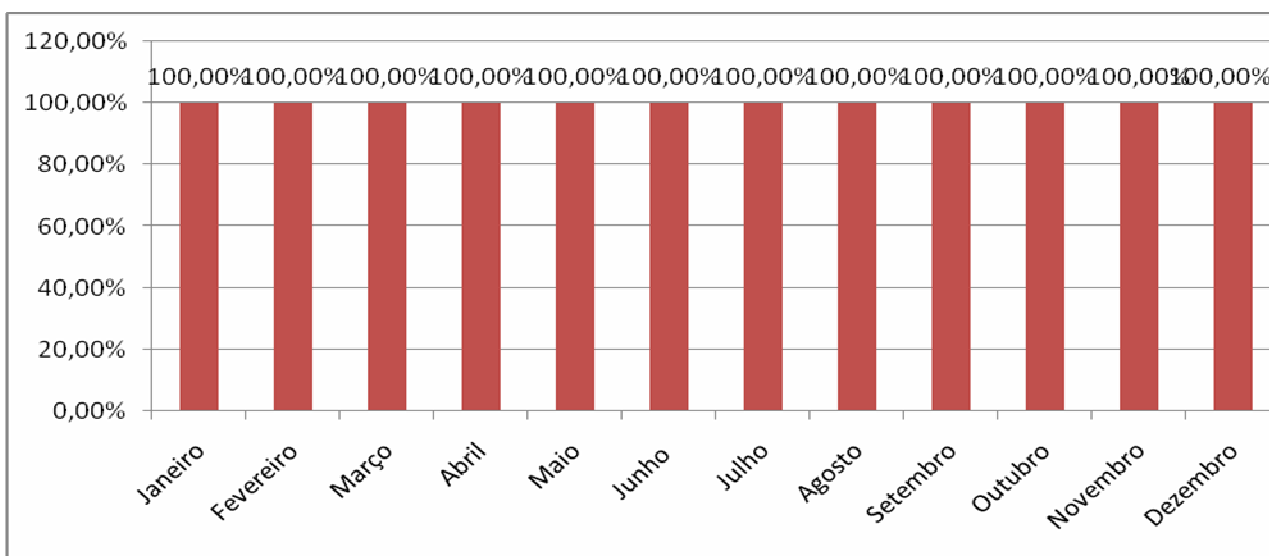
## 2.7 PROPORÇÃO DE CRIANÇAS COM BAIXO PESO AO NASCER NA UNIDADE DE SAÚDE



Esse indicador pode subsidiar iniciativas de intervenção na qualidade do pré-natal e orientar condutas de risco das gestantes que vulnerabilizam ao baixo peso ao nascer (tabagismo, alcoolismo e outras). Pode ser utilizado para processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde reprodutiva, bem como proteção e atenção à saúde infantil.

Esse indicador não é influenciado apenas pela qualidade do pré-natal ou por fatores de risco sobre os quais as equipes possam atuar, mas também por outros aspectos, como a qualidade da assistência ao parto e interrupção prematura da gestação. É importante observar que as maiores freqüências de baixo peso ao nascer são apresentadas por estados onde a proporção de partos cesáreos também está acima da média nacional. Na perspectiva de comparação, segundo dados extraídos de uma base limpa do SIAB, 9,5% dos nascidos vivos cadastrados pelas equipes da ESF seriam de baixo peso, com uma variação entre 8%(NE) a 11% (S). No gráfico observa-se que 12,75% das crianças do território apresentaram baixo peso ao nascer no período.

## 2.8 PROPORÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO ACOMPANHADAS NO DOMICILIO.



Esse indicador expressa a proporção de crianças menores de 1 ano acompanhadas por meio de visitas domiciliares regulares. O objetivo dessa ação é o acompanhamento desse grupo prioritário de forma proativa pela equipe, de modo a monitorar sua situação de saúde, estimular a realização de ações preconizadas para essa faixa etária (consultas de puericultura em dia, vacinação em dia, aleitamento materno,...), identificar precocemente situações de risco para encaminhamento oportuno e realizar ações educativas junto à família para melhoria da qualidade do cuidado à criança, entre outros.

No gráfico verificou-se que 100% das crianças menores de 1 ano estavam sendo acompanhadas no domicílio, evidenciando o acompanhamento prioritário dessas população

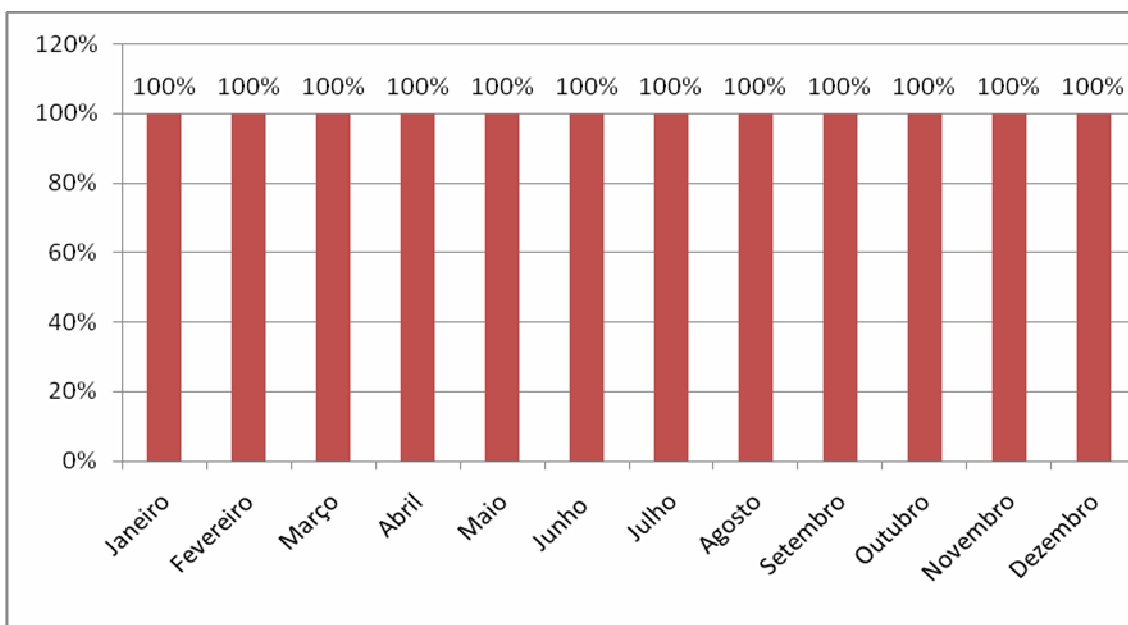
## 2.9 COBERTURA DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS NO SISVAN

No ano de 2013 foi realizada a primeira chamada nutricional, incluindo a ESF Maringá, o dia escolhido foi o dia de atualização das carteiras de vacinação, neste momento houve pouca procura junto a unidade, acredita-se que isso ocorreu principalmente, porque chovia muito no dia e por ser uma campanha de atualização.

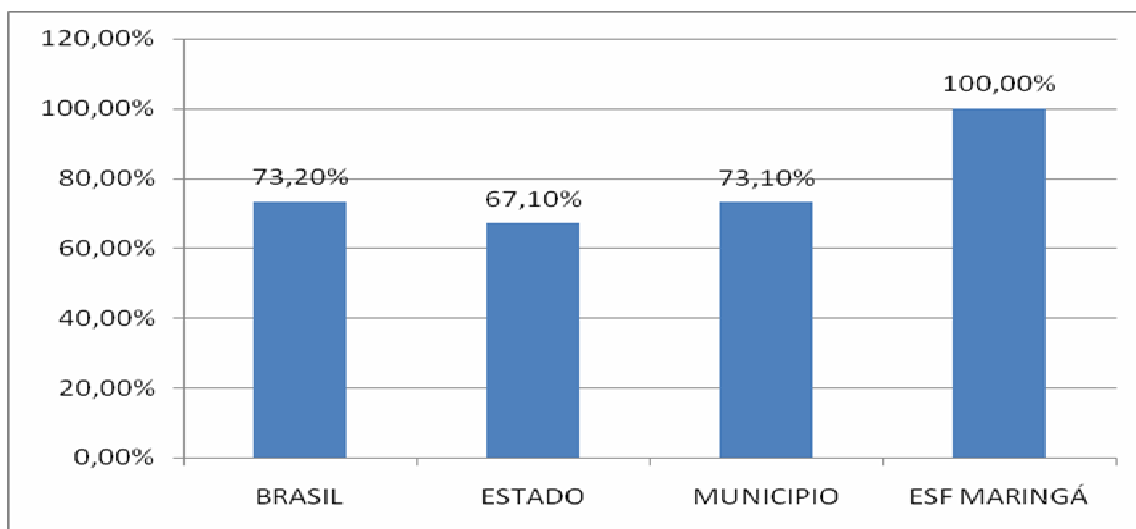
Neste ano, houve cobertura de 18,10%.

### 3. DIABETES E HIPERTENSÃO

#### 3.1 PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS CADASTRADOS NA UNIDADE DE SAÚDE.

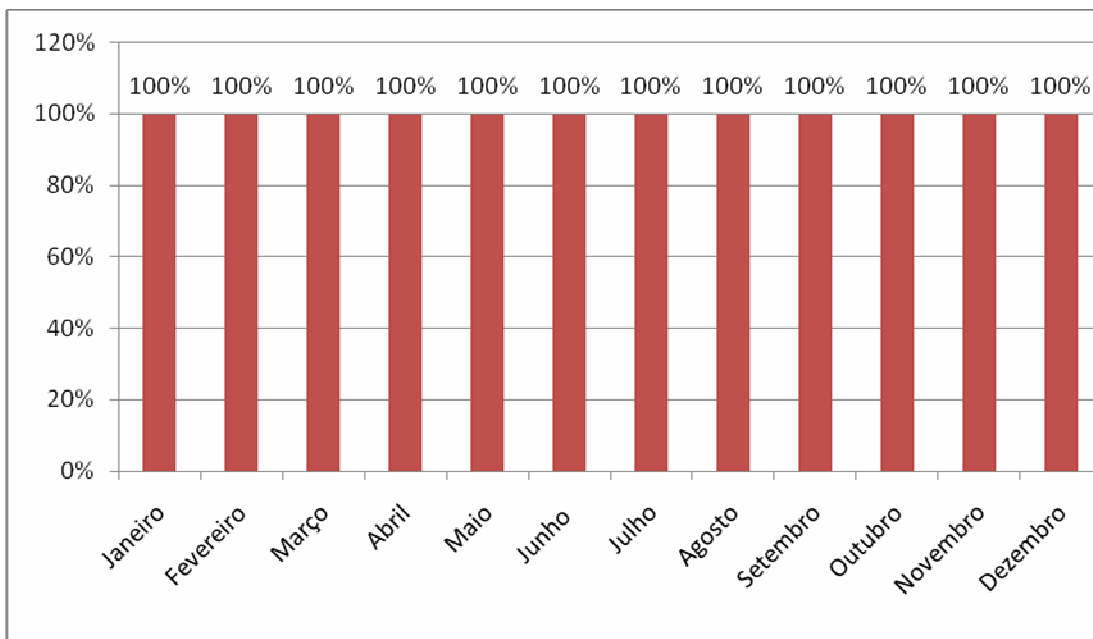


#### COMPARAÇÃO DA PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS CADASTRADOS A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE

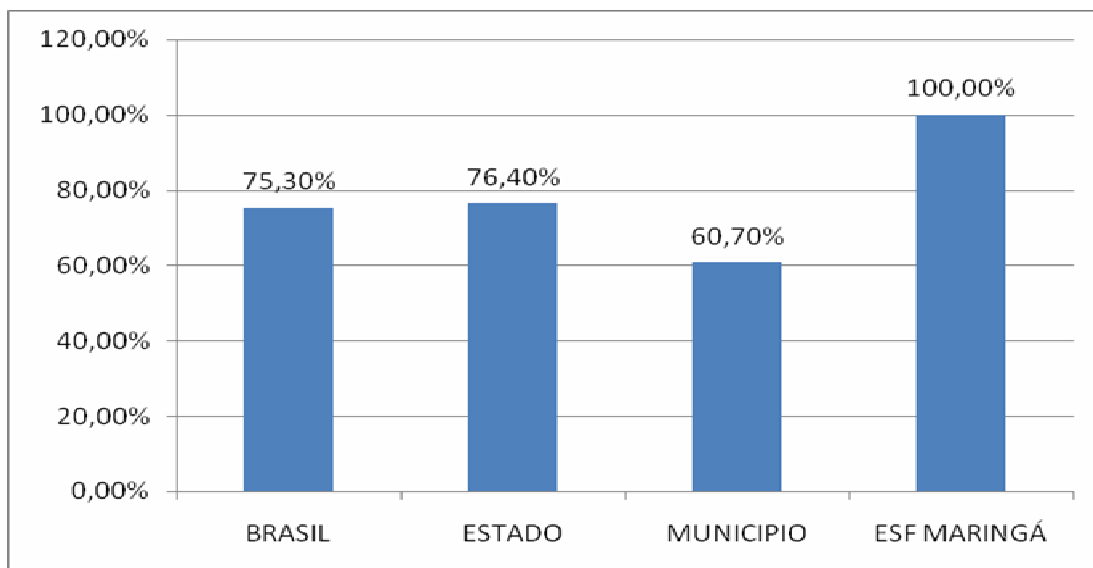


Esse indicador pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações preventivas e assistenciais relativas ao Diabetes Mellitus e as doenças associadas, tais como estimativa de demanda de medicamentos e da necessidade de profissionais e serviços especializados para tratamento das doenças causadas pelo diabetes, como doença renal crônica. Neste sentido, observa-se que na ESF Maringá a proporção de diabéticos cadastrados é de 100%.

### 3.2 PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS NA UNIDADE DE SAÚDE

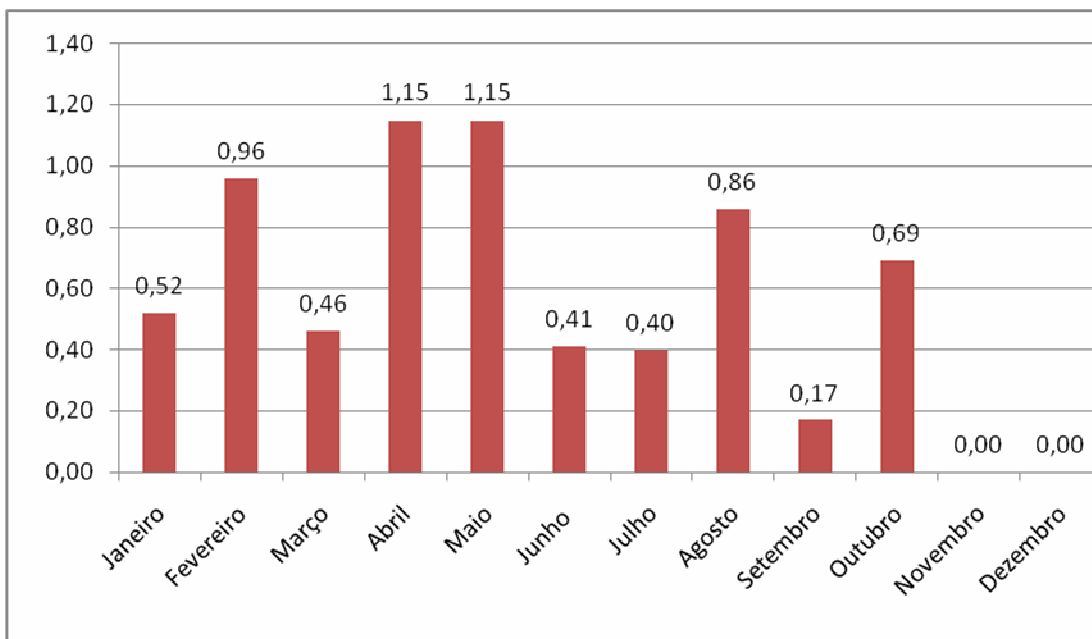


### COMPARAÇÃO DA PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS CADASTRADOS A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE

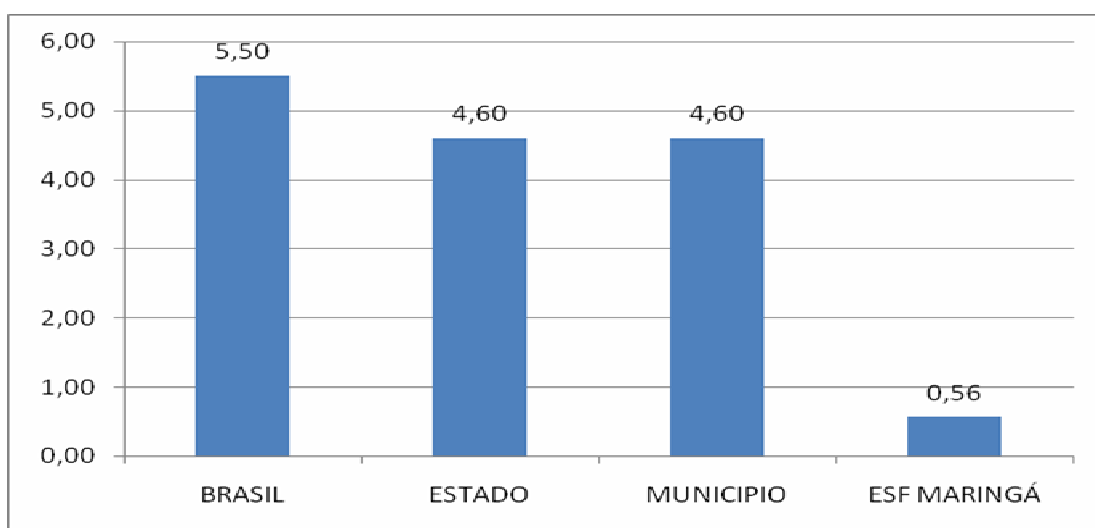


Esse indicador estima a captação de pessoas com hipertensão arterial sistêmica na população de 15 anos ou mais cadastrada, isto é, em que medida a equipe de Atenção Básica tem conhecimento dos hipertensos da sua área de adscrição. Neste sentido, observa-se que na ESF Maringá a proporção de Hipertensos cadastrados é de 100%.

### 3.3 MÉDIA DE ATENDIMENTO MÉDICO/ENFERMEIRO POR DIABÉTICO NA UNIDADE DE SAÚDE

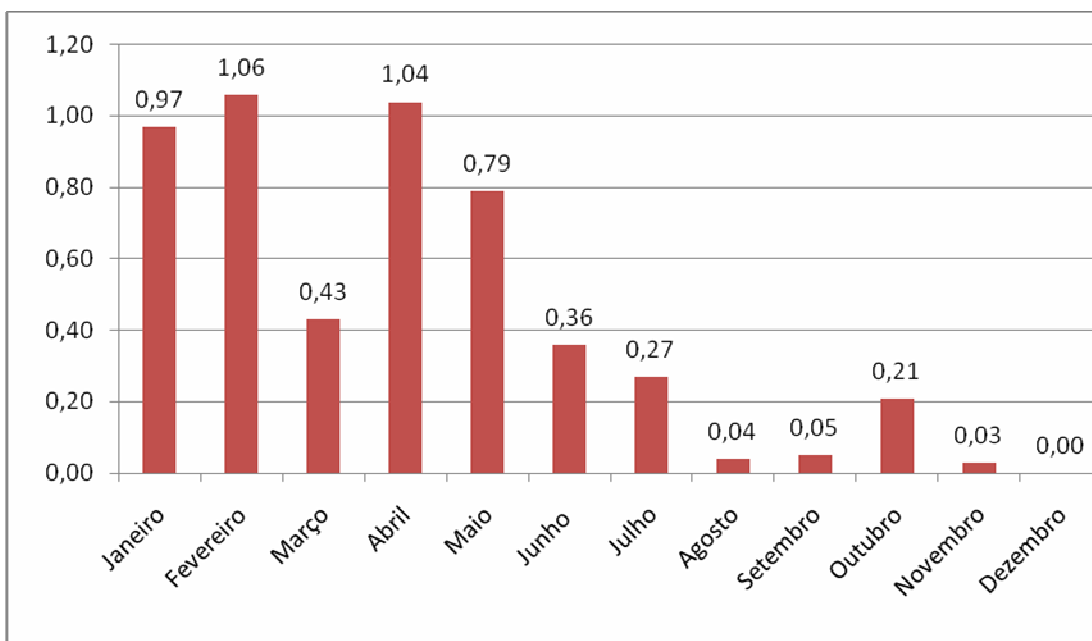


### COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE ATENDIMENTO MÉDICO/ENFERMEIRO POR DIABÉTICO A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE

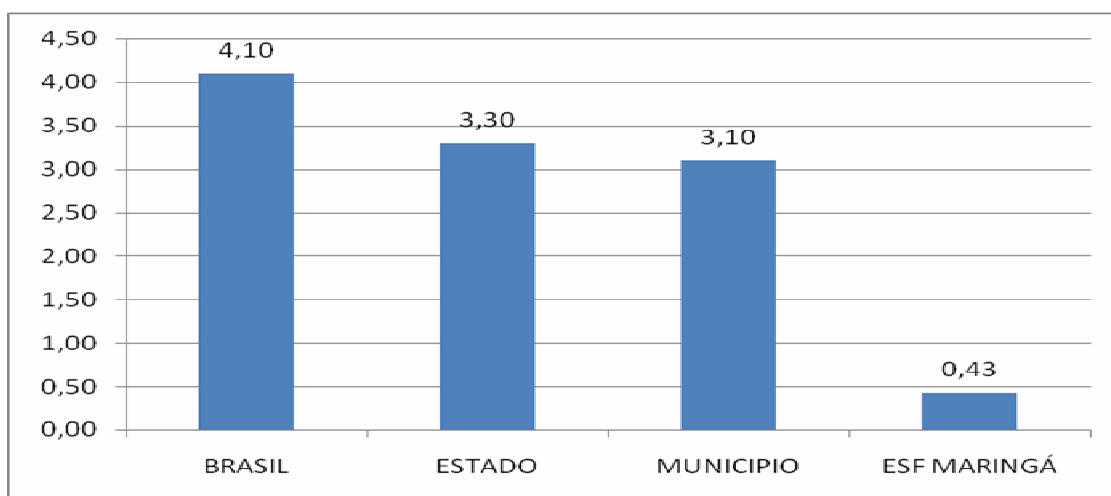


Esse indicador permite avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população diabética cadastrada, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada um dos diabéticos da área da equipe. Portanto, se trata de um indicador da oferta de atendimentos para pessoas com diabetes. No gráfico evidencia-se baixa cobertura de atendimento para os usuários Diabéticos quando comparados com as outras instâncias.

### 3.4 MÉDIA DE ATENDIMENTO POR HIPERTENSO NA UNIDADE DE SAÚDE

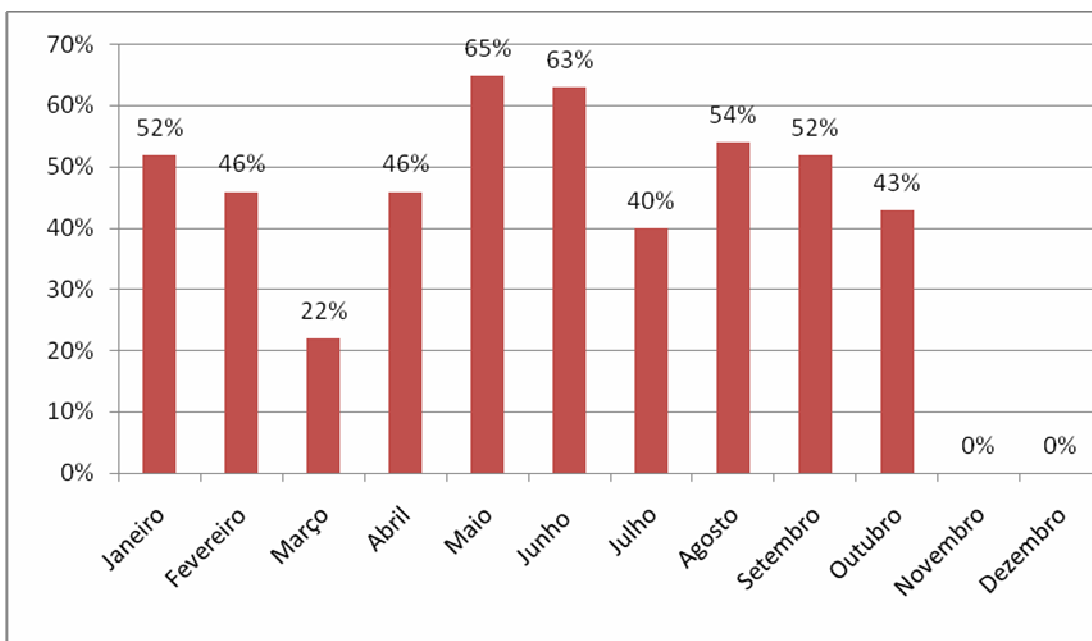


### COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE ATENDIMENTO MÉDICO/ENFERMEIRO POR HIPERTENSO A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE



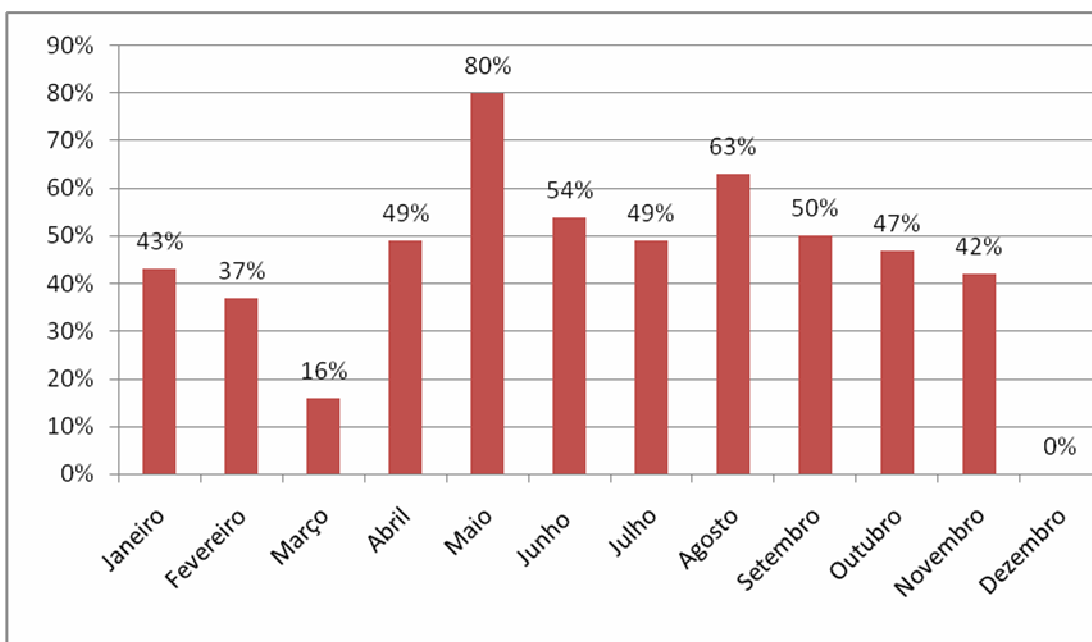
Esse indicador permite avaliar a adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população hipertensa cadastrada, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada um dos hipertensos da área da equipe. Portanto, se trata de um indicador da oferta de atendimentos para pessoas com hipertensão. No gráfico evidencia-se baixa cobertura de atendimento para os usuários Hipertensos quando comparados com as outras instâncias.

### 3.5 PROPORÇÃO DE DIABÉTICOS ACOMPANHADOS NO DOMICILIO



Esse indicador expressa a proporção da população diabética acompanhada por meio de visitas domiciliares regulares. Avaliar as variações geográficas (micro áreas, áreas etc) e temporais do acompanhamento dos diabéticos cadastrados, identificando principais dificuldades para a realização das visitas domiciliares. Dados de uma base limpa do SIAB apontam que, em 2010, 92% dos diabéticos cadastrados eram acompanhados pelos ACS, variando de 90% (S) e 98% (N). No gráfico observa-se que 40,25% dos Diabéticos estão sendo acompanhados no domicílio no período.

### 3.6 PROPORÇÃO DE HIPERTENSOS ACOMPANHADOS NO DOMICILIO



Este indicador expressa a proporção da população hipertensa acompanhada por meio de visitas domiciliares regulares. Também pode subsidiar o planejamento, gestão e avaliação

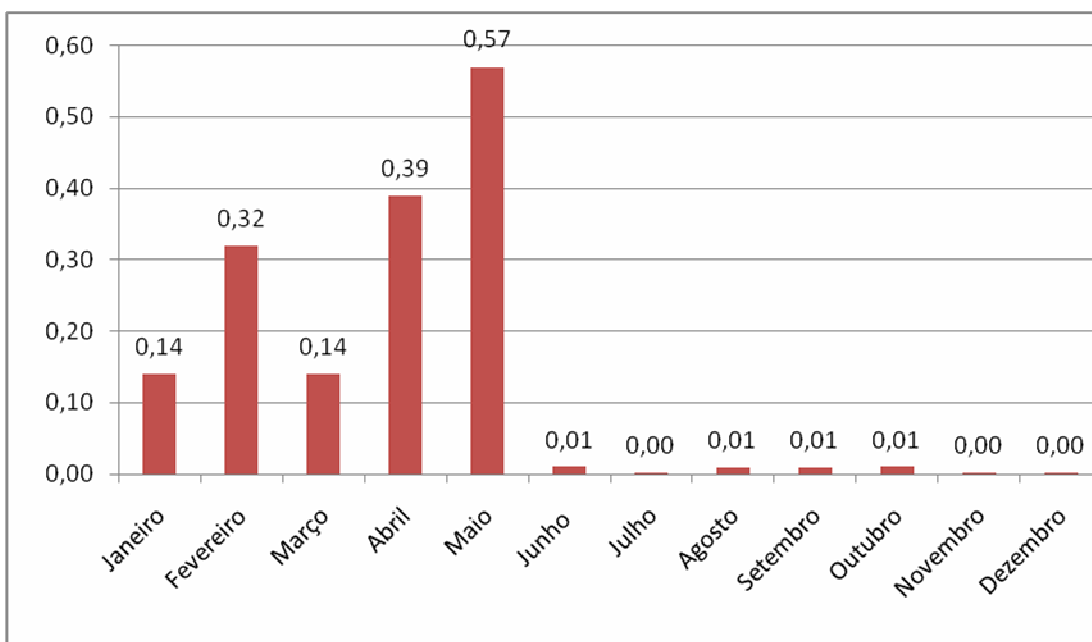


das ações voltadas para a população adulta e para ações de controle da hipertensão arterial.

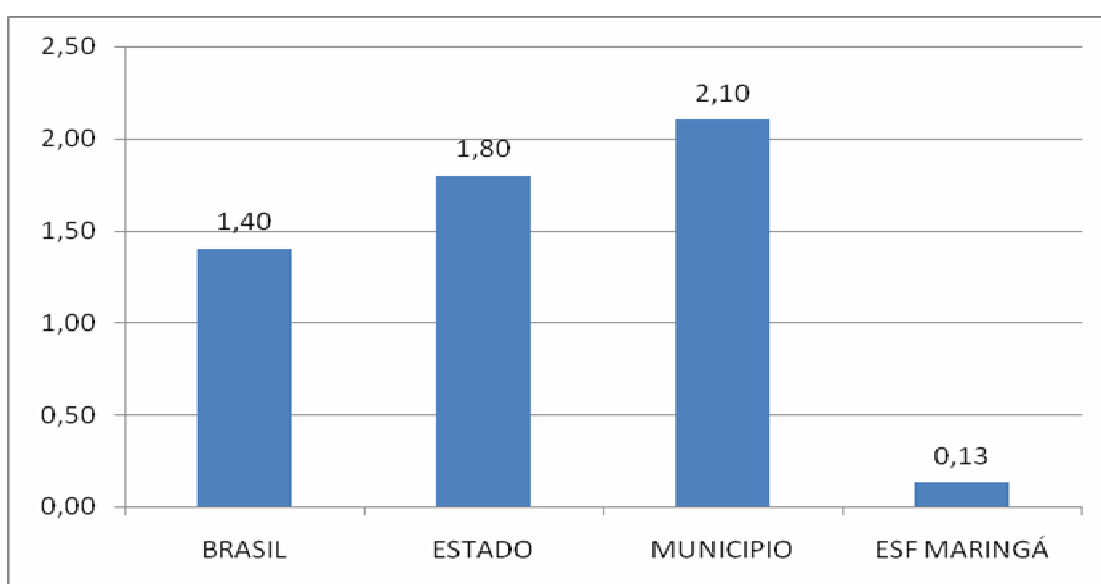
Dados extraídos de uma base limpa do SIAB apontam que, em 2010, 92% dos hipertensos cadastrados eram acompanhados pelos ACS, variando de 89% (S) a 97% (N). No gráfico 44,2% dos hipertensos são acompanhados no domicílio no período.

## 5.PRODUÇÃO GERAL

### 5.1 MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE UNIDADE DE SAÚDE



### COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE

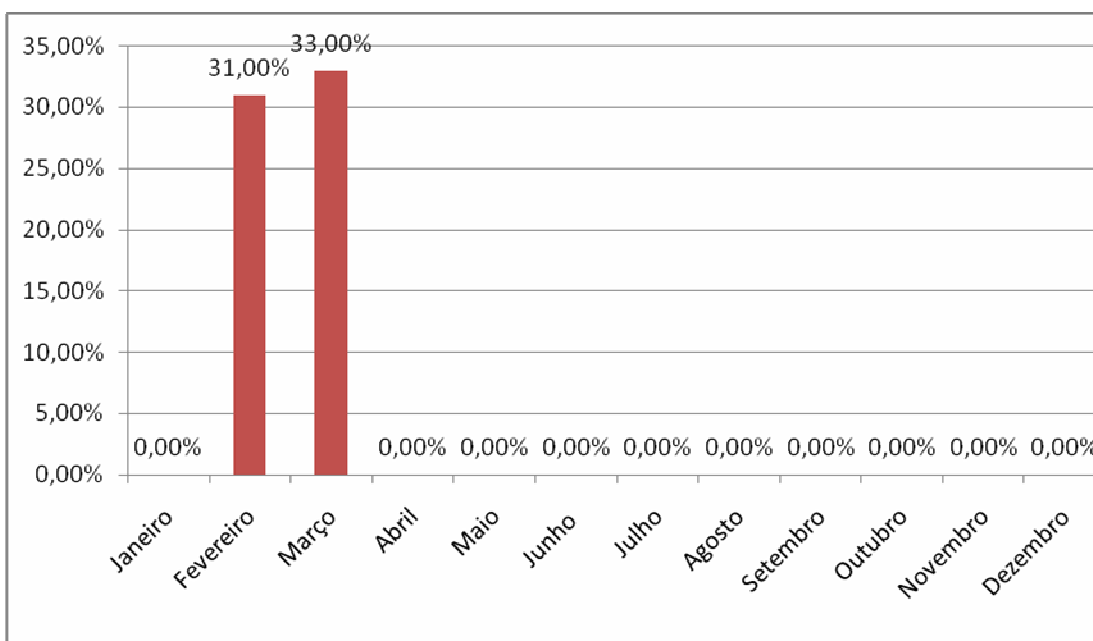


A partir de junho o número de consultas médicas diminuiu por conta da aposentadoria da médica e por isso a unidade ficou sem atendimento médico fixo. Esse indicador contribui

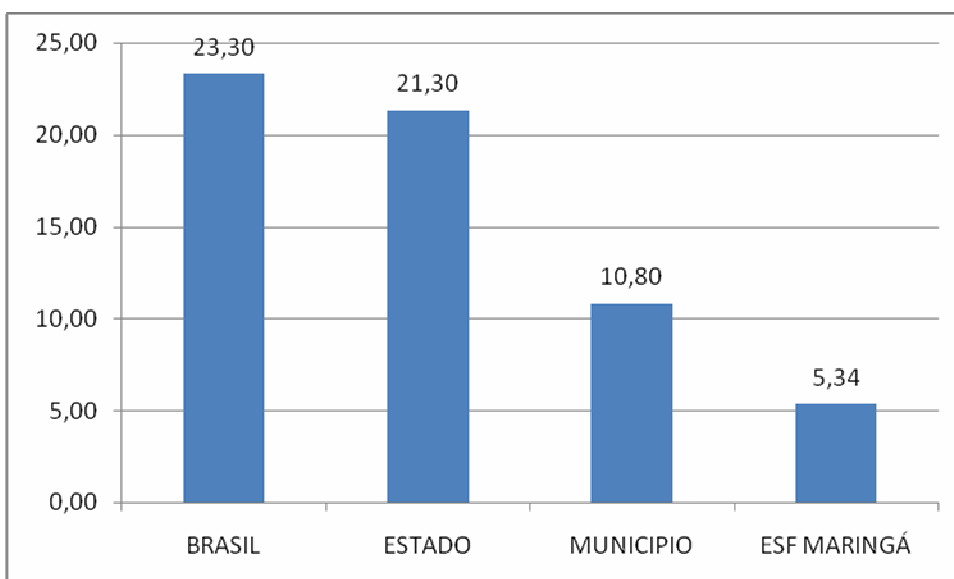
para avaliar a adequação do volume da produção de consultas médicas em relação às necessidades da população.

Resultados insatisfatórios nesse indicador deve ser alvo do apoio institucional às equipes, promovendo uma autoanálise sobre a adequação do modelo ofertado e o risco de comprometimento da sua resolubilidade sobre as necessidades de saúde da população. Neste caso, verifica-se número baixo de consultas médicas por habitante na ESF Maringá, sendo 0,13 a média.

## 5.2 PROPORÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS PARA CUIDADO CONTINUADO/PROGRAMADO.

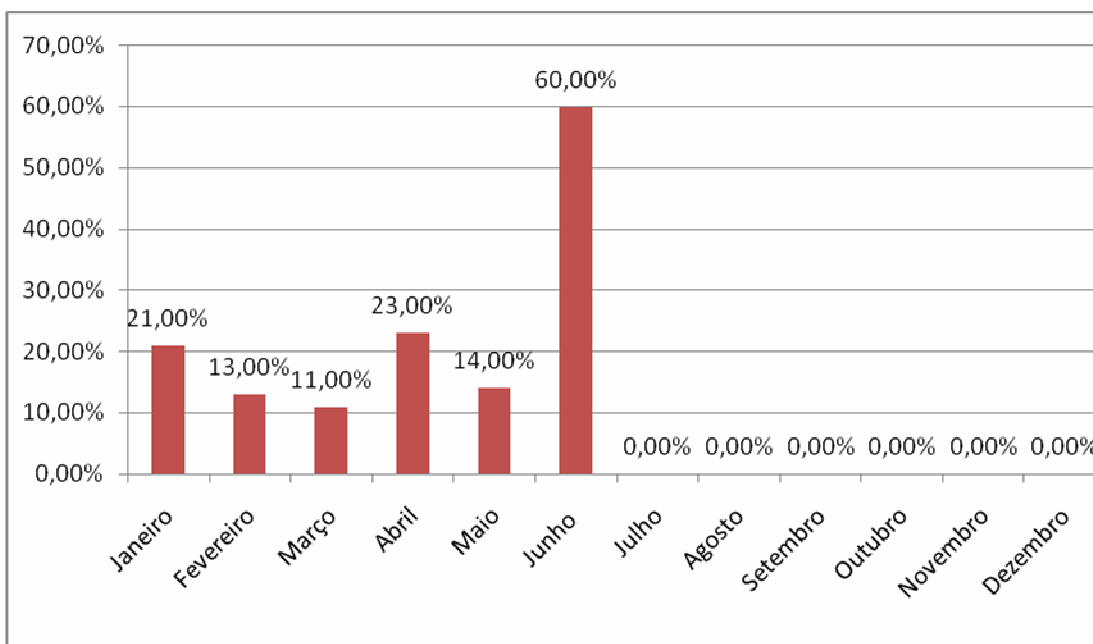


## COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS PARA O CUIDADO CONTINUADO/PROGRAMADO POR HABITANTE A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE

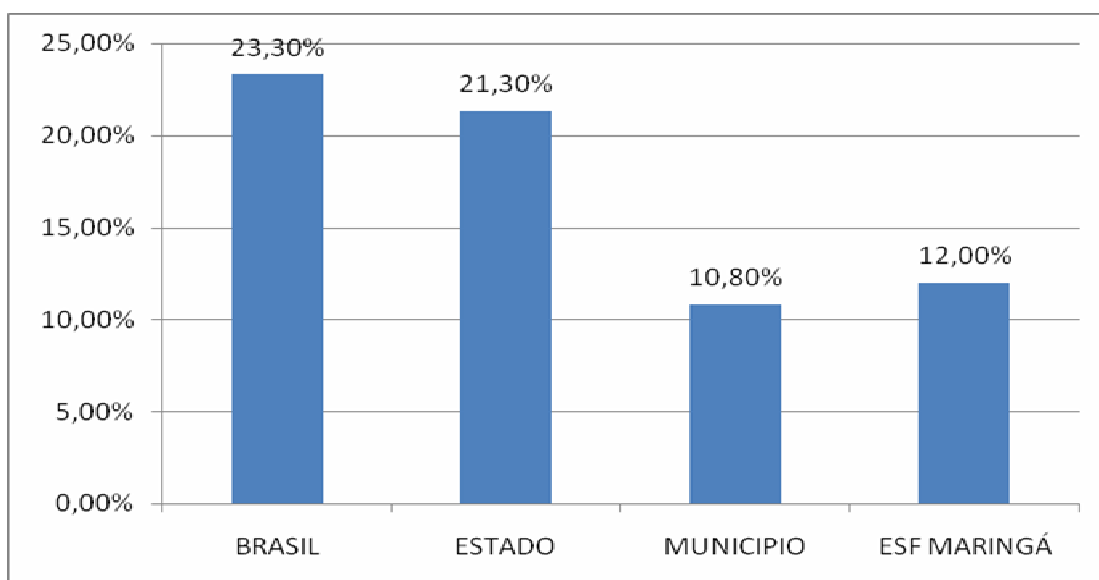


Este indicador reflete a proporção de consultas médicas de cuidado continuado realizadas pela equipe de atenção básica em relação ao total de consultas médicas básicas. No gráfico verifica-se que para o cuidado continuado na ESF Maringá o indicador está a baixo das demais instancias.

### 5.3 PORPORÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS DE DEMANDA AGENDADA NA UNIDADE DE SAÚDE

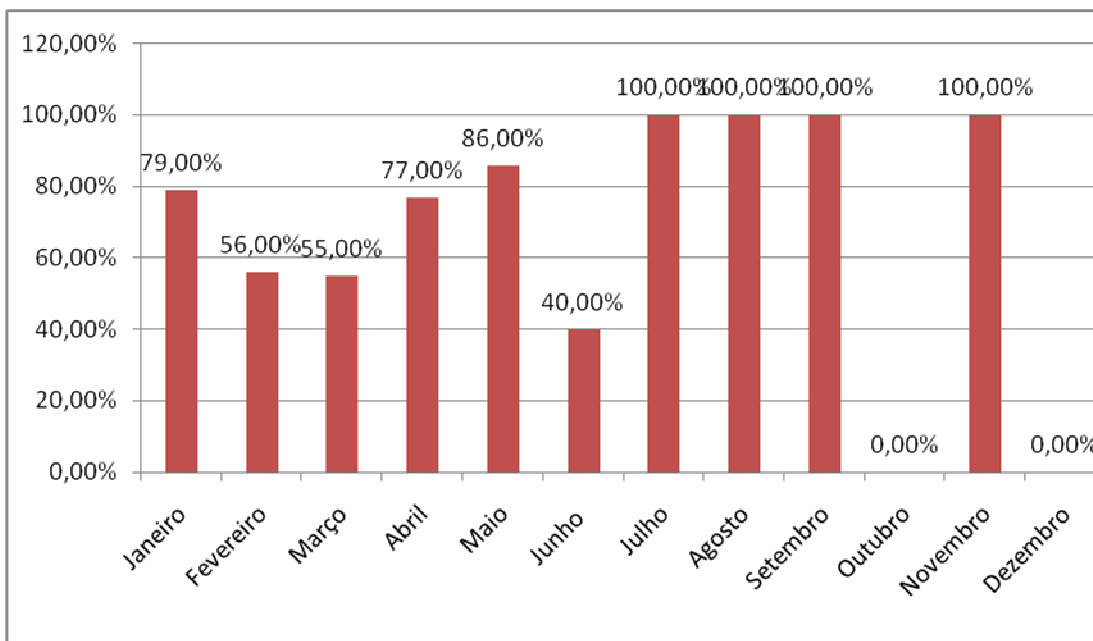


### COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS DE DEMANDA AGENDADA POR HABITANTE A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE

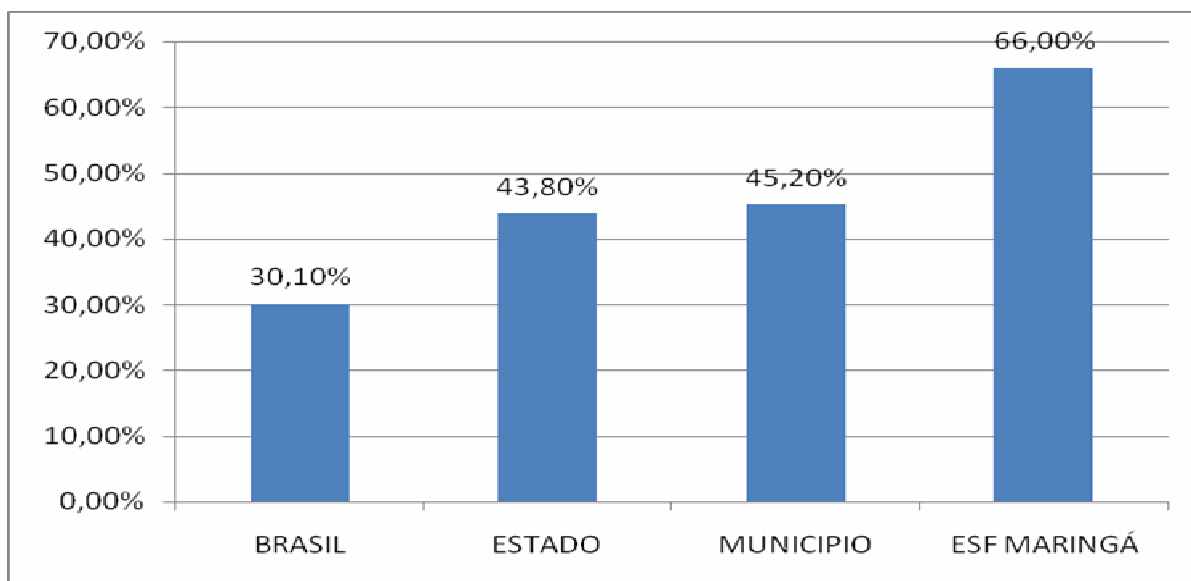


Este indicador reflete a proporção de consultas médicas de demanda agendada realizadas nas unidades básicas de saúde em relação ao total de consultas médicas básicas. A consulta médica de demanda agendada consiste no atendimento ao usuário que procura a unidade de saúde em demanda espontânea que não constitui urgência. No gráfico verifica-se que a Unidade de saúde apresentou indicador superior a média do município.

#### 5.4 PROPORÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS DE DEMANDA IMEDIATA NA UNIDADE DE SAÚDE

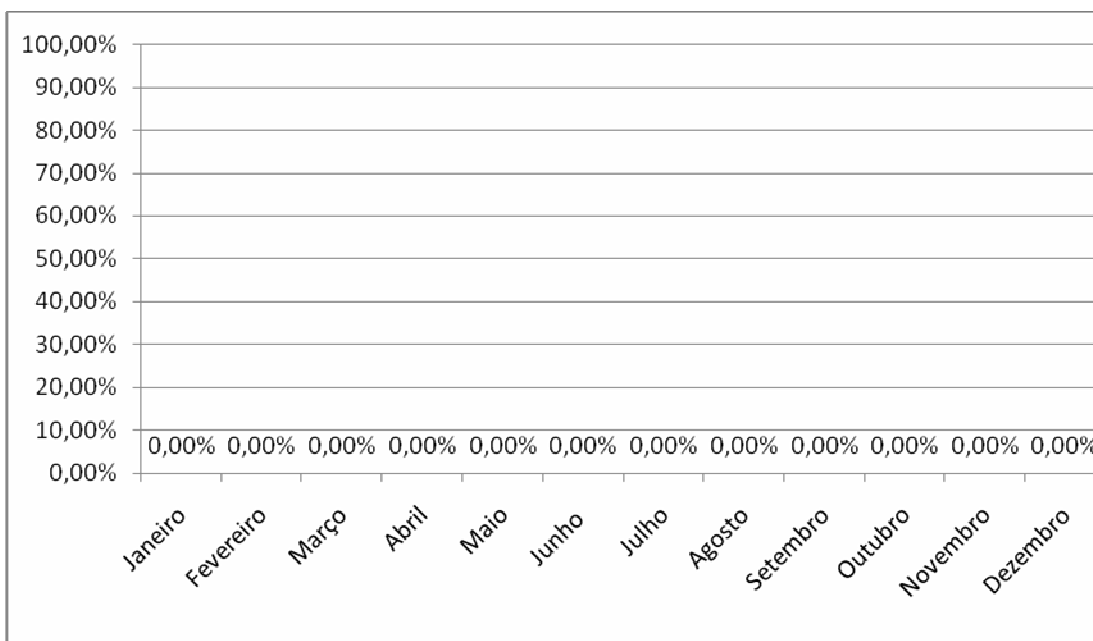


#### COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE CONSULTAS MÉDICAS DE DEMANDA IMEDIATA A NÍVEL NACIONAL, ESTADUAL, MUNICIPAL E UNIDADE DE SAÚDE



O objetivo desse indicador é analisar o quanto as equipes funcionam como porta de entrada para o primeiro atendimento às urgências e, em alguma medida, sua disposição de acolhimento às urgências básicas; deve-se monitorar tanto a suficiência dessa oferta em relação ao esperado, quanto a sua relação com os outros tipos de atendimento médico individual, visando à integralidade do cuidado. Partindo desse pressuposto, observa-se que na ESF Maringá há como forte indicador o nº de consultas médicas de demanda imediata, apresentando média acima das outras instâncias, no caso 66%.

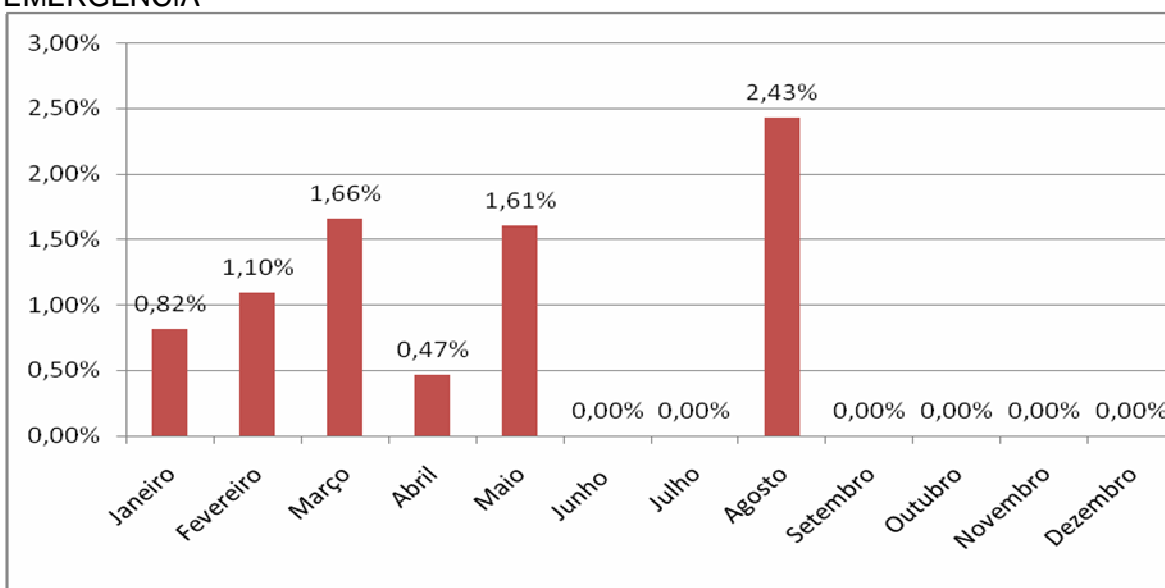
## 5.5 PROPORÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO



O objetivo desse indicador é analisar a capacidade das equipes para o primeiro atendimento às urgências em condições de observação para recuperação ou estabilização do estado de saúde dos pacientes. Também permite inferir a disposição de acolhimento às urgências básicas; deve-se monitorar tanto a suficiência dessa oferta em relação ao esperado, quanto a sua relação com os outros tipos de atendimento médico individual, visando à integralidade do cuidado.

Conforme nota-se no gráfico, não foi realizada consultas médicas de urgência com observação na ESF Maringá no período.

## 5.6 PROPORÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

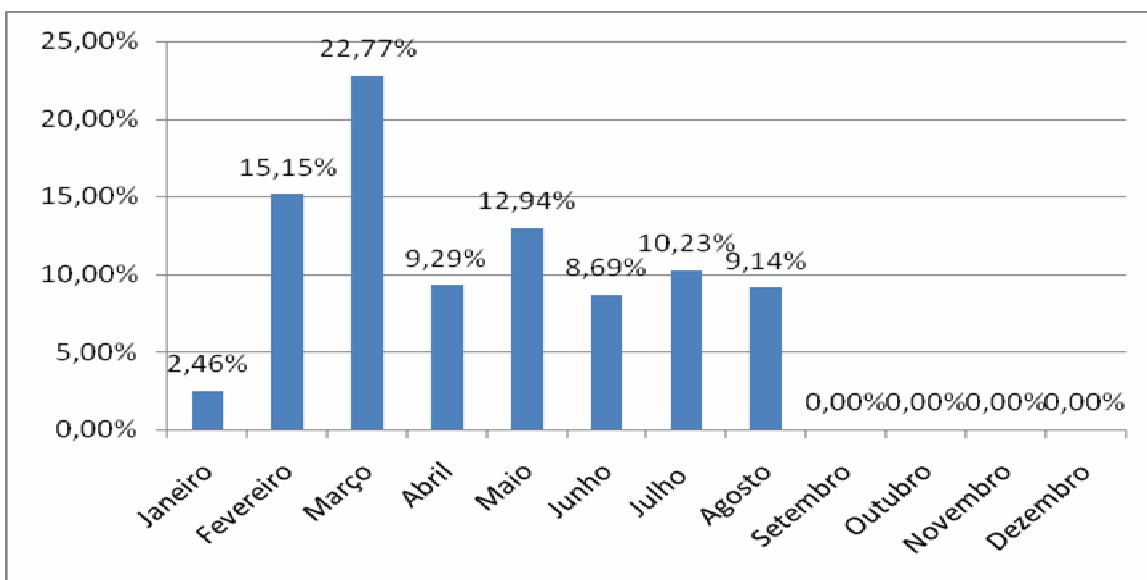


Este indicador reflete o número de encaminhamentos para atendimento especializado em relação ao total de consultas médicas básicas. Esse indicador avalia, em alguma medida, se as queixas que levam os usuários à unidade não estão sendo solucionadas. O número

elevado de encaminhamentos para especialidades pode estar ligado a condições inadequadas e baixa resolubilidade dos atendimentos.

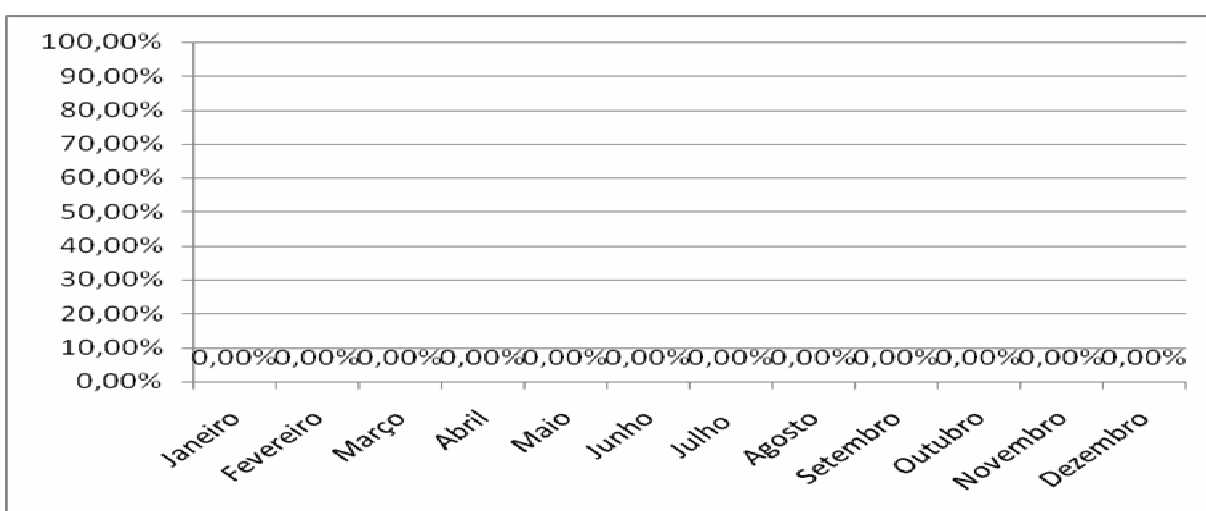
Verifica-se que é baixa a proporção de encaminhamento para atendimento de urgência e emergência na ESF Maringá, sendo a proporção de 0,67%.

### 5.7 PROPORÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO.



Esse indicador avalia, em alguma medida, se as queixas que levam os usuários à unidade não estão sendo solucionadas. O número elevado de encaminhamentos para especialidades pode estar ligado a condições inadequadas e baixa resolubilidade dos atendimentos. No gráfico apresenta proporção de 7,56% da proporção de encaminhamentos para atendimento especializado.

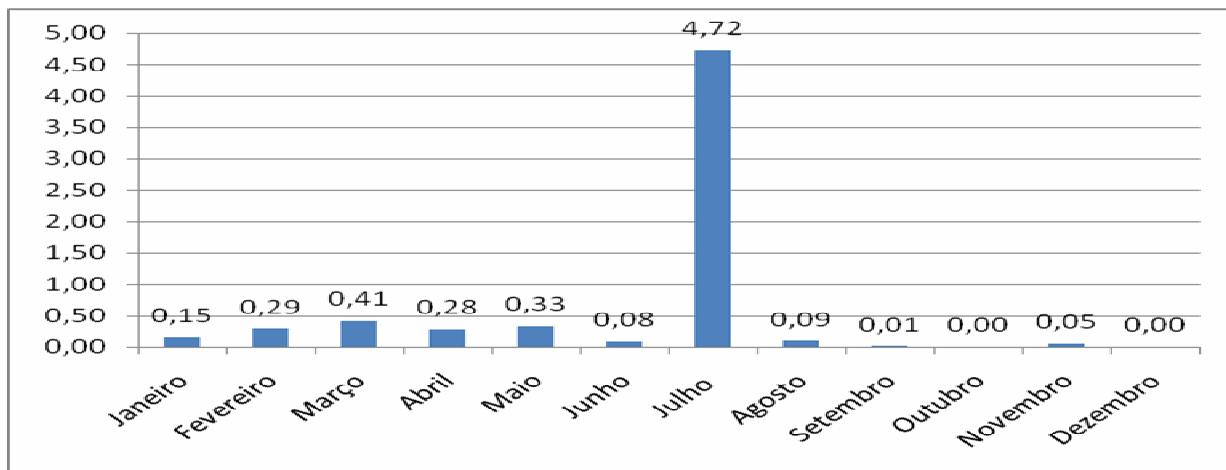
### 5.8 PROPORÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Uma proporção de internações hospitalares além do esperado pode refletir condições inadequadas de atendimento e até problemas no cuidado continuado que comprometam a resolubilidade da equipe no sentido de evitar internações por condições sensíveis à atenção

básica. Neste gráfico, verificou-se que não houve encaminhamentos para internação hospitalar.

### 5.9 MÉDIA DE EXAMES SOLICITADOS POR CONSULTA MÉDICA BÁSICA

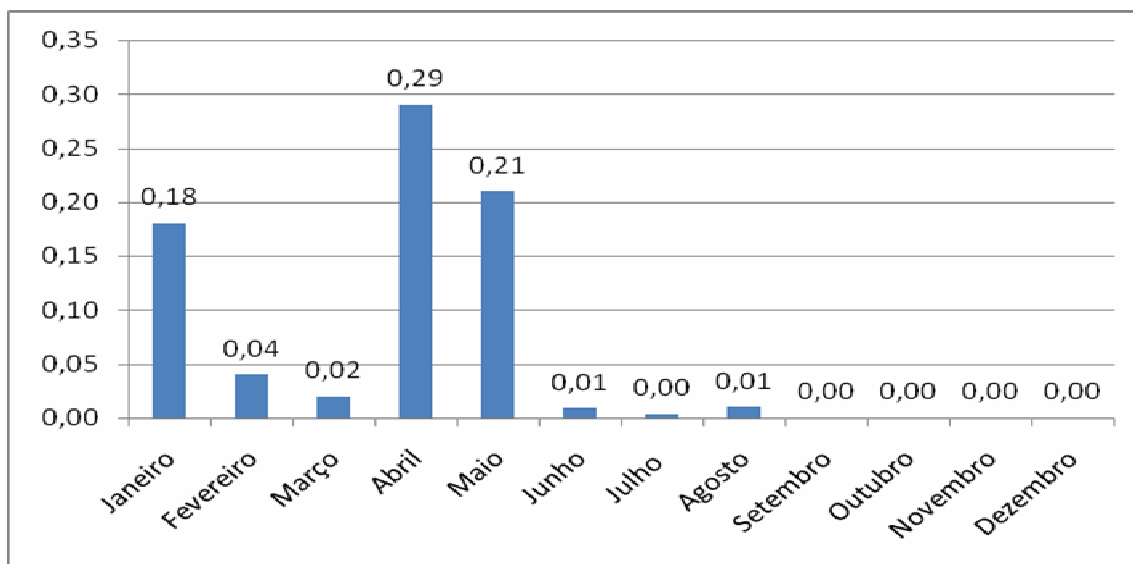


Esse indicador permite verificar, em alguma medida, a racionalidade das solicitações de exames pelo médico durante a consulta, isto é, se a quantidade de exames solicitados está de acordo com os protocolos clínicos estabelecidos.

A solicitação de exame é influenciada por fatores ligados a organização do sistema de saúde, características do médico e do paciente (sexo, idade, patologia, etc).

Verificando no gráfico, evidencia-se uma constante, com exceção do mês de julho, que apresentou média superior aos demais meses do período.

### 5.10 MÉDIA DE ATENDIMENTO DA ENFERMEIRA NA UNIDADE DE SAÚDE



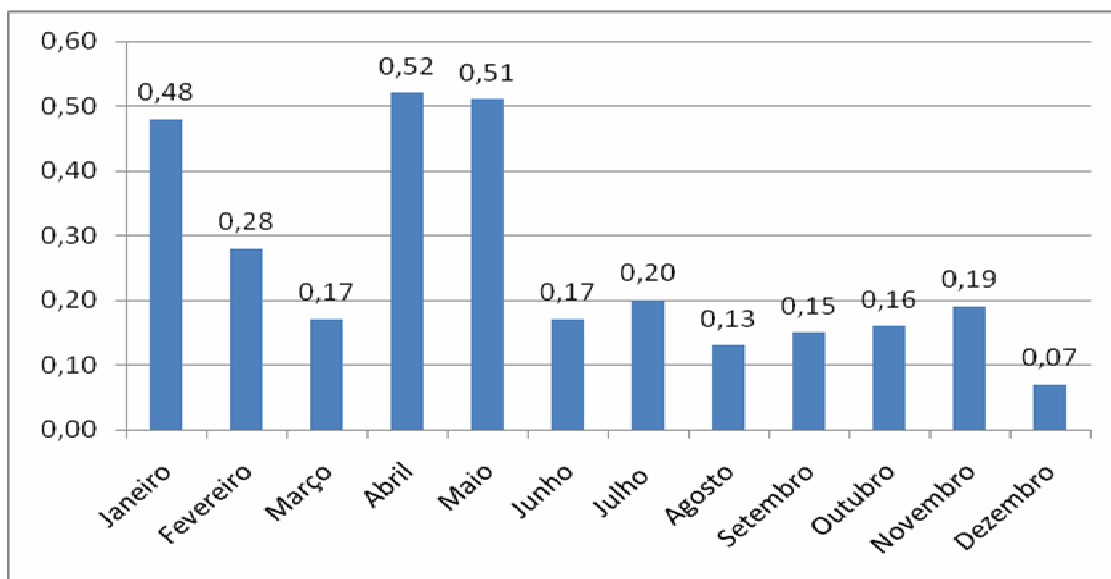
A integralidade do cuidado do enfermeiro define a organização do seu processo de trabalho de modo a atender as diferentes necessidades de saúde da população, tanto para a demanda programada, como também para a demanda espontânea, referente a doenças prevalentes e, particularmente, com condutas de enfermagem definidas em protocolos de atenção.

O atendimento de enfermeiro faz parte das ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitam de um acompanhamento contínuo. São exemplos: ações de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, atenção pré-natal, prevenção de câncer cérvico – uterino (Papanicolau), acompanhamento da saúde do idoso; entre outros e dentre as doenças que necessitam de cuidado continuado, podemos citar: asma e outras afecções respiratórias crônicas, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, tuberculose, hanseníase, doença falciforme, distúrbios psicossociais, dentre outras.

O objetivo desse indicador é contribuir para avaliar a adequação da produção de atendimentos de enfermeiro em relação às necessidades da população, analisando sua suficiência em relação ao esperado.

Essas informações devem subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

### 5.11 MÉDIA DE VD REALIZADAS PELO ACS POR FAMÍLIA CADASTRADA



O objetivo desse indicador é verificar a produção de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde às famílias da área adscrita, analisando sua suficiência em relação ao esperado. Essas visitas são essenciais tanto para a manutenção do cadastro atualizado como para acompanhamento das famílias, particularmente daquelas mais vulneráveis e/ou com membros em condição de acompanhamento prioritário: gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, hipertensos, etc.

A frequência com que o serviço de saúde se faz presente na residência das pessoas, embora não parametrizada em termos ideais, está relacionada à incorporação de hábitos saudáveis e indica tendência de mudança de modelo assistencial num enfoque de promoção da saúde.

Essas informações devem subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação das equipes e da rede básica como um todo.

No gráfico percebe-se uma constante até o mês de maio, após houve declínio da média de visitas realizadas no período, verificando-se uma média anual de 0,15 visitas por família cadastrada.

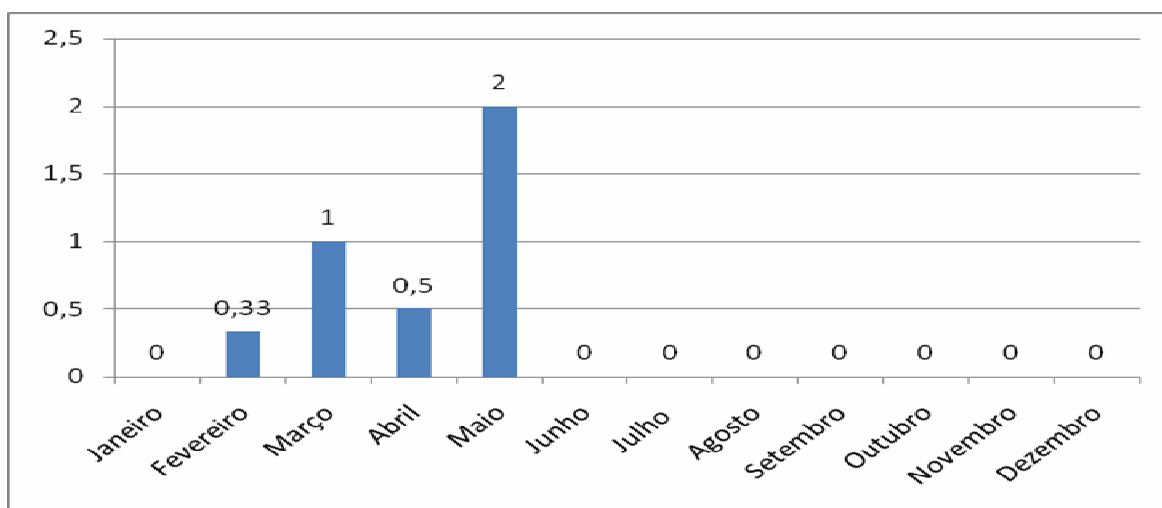


## 5.12 PROPORÇÃO DE ACOMPANHAMENTOS DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE PELAS FAMÍLIAS BENEFICIARIAS DO PBF

Conforme SIAB em 2013 = 63 famílias foram beneficiárias no ano

### 6.VIGILÂNCIA - TUBERCULOSE E HANSENÍASE

#### 6.1 MÉDIA DE ATENDIMENTO DE TUBERCULOSE NA UNIDADE DE SAÚDE

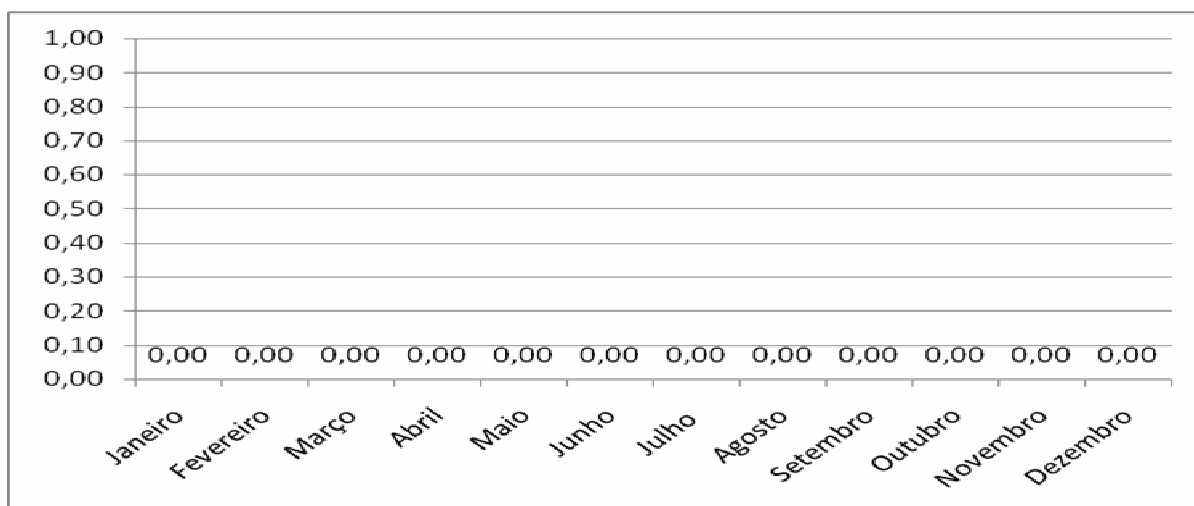


Esse indicador contribui para a análise das condições de saúde da população e para a avaliação das ações das equipes para o controle da tuberculose. Também pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência das principais doenças transmissíveis.

Entre os fatores que podem influenciar a utilização das unidades básicas de saúde para o controle de tuberculose podemos citar: fatores socioeconômicos, condições de acesso (distância da UBS, horário de atendimento,...), organização do sistema local de saúde, confiança da população na equipe de saúde da unidade básica, entre outros.

No gráfico observa-se baixo número de pacientes com tuberculose em atendimento na ESF Maringá.

#### 6.2 MÉDIA DE ATENDIMENTO DE HANSENÍASE



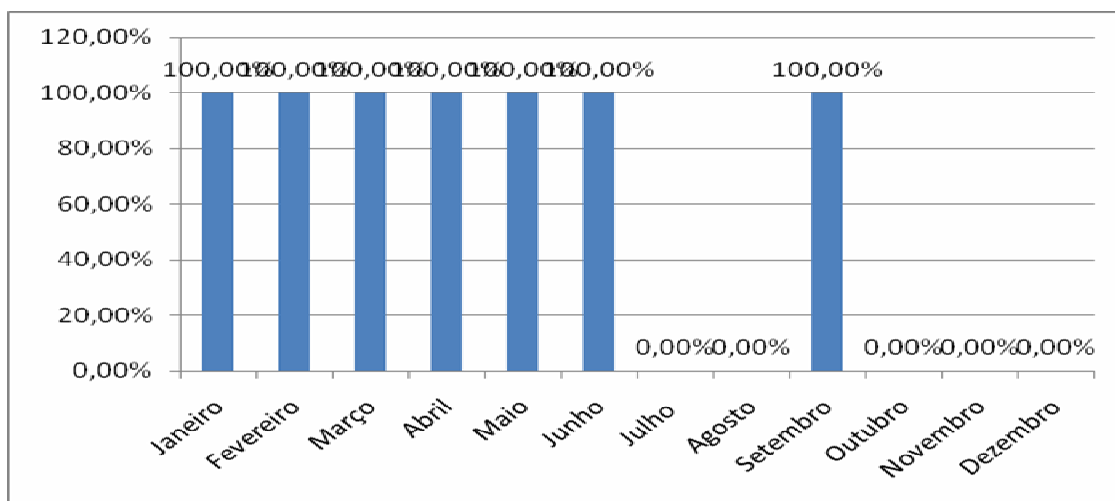
Esse indicador mede o número médio de atendimentos por pessoa com hanseníase, avaliando a suficiência da oferta desses procedimentos frente à demanda potencial, supondo que esses atendimentos fossem igualmente distribuídos para cada uma das pessoas com hanseníase cadastradas na área da equipe. Não permite a avaliação da cobertura ou acesso real das pessoas com hanseníase, mas apenas da adequação do volume de atendimentos às necessidades potenciais da população cadastrada pela equipe. Esse indicador contribui para a análise das condições de saúde da população e para a avaliação das ações das equipes para o controle da hanseníase. Também pode subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para a assistência das principais doenças transmissíveis.

Entre os fatores que podem influenciar a utilização das unidades básicas de saúde para o controle da hanseníase, podemos citar: fatores socioeconômicos, condições de acesso (distância da UBS, horário de atendimento,...), organização do sistema local de saúde, confiança da população na equipe de saúde da unidade básica, entre outros. Em alguns municípios esses atendimentos não são realizados pelas equipes de atenção básica da área onde residem as pessoas com hanseníase, as quais são acompanhadas de forma centralizada por unidades de referências da atenção especializada, o que dificulta o acesso da população ao atendimento e interfere no resultado desse indicador.

No gráfico verifica-se que não houve atendimento em pacientes com hanseníase.

## 7. SAÚDE MENTAL

### 7.1 PROPORÇÃO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL, EXCETO USUÁRIO DE ALCOOL E DROGAS

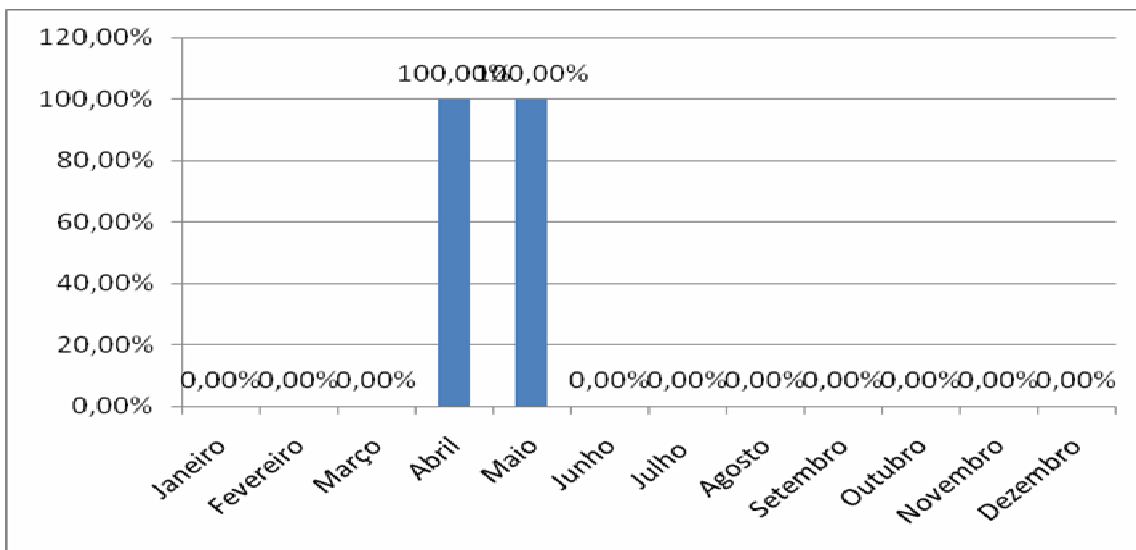


Esse indicador pretende evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado à saúde mental (depressão, transtornos de ansiedade, transtornos psicóticos, etc), podendo indicar o quanto a equipe está sensível à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses portadores, suas famílias e a comunidade.

Além disso, pode contribuir para orientar as iniciativas de intervenção em relação ao cuidado dos pacientes com problemas relacionados à saúde mental, assim como as intervenções com familiares e com a comunidade.

No gráfico verifica-se constante em atendimentos de saúde mental de janeiro a junho, após houve queda para 0% e no mês de setembro houve novamente atendimento, e nos meses finais do ano sem atendimento em saúde mental.

## 7.2 PROPORÇÃO DE ATENDIMENTO DE USUÁRIO DE ALCOOL



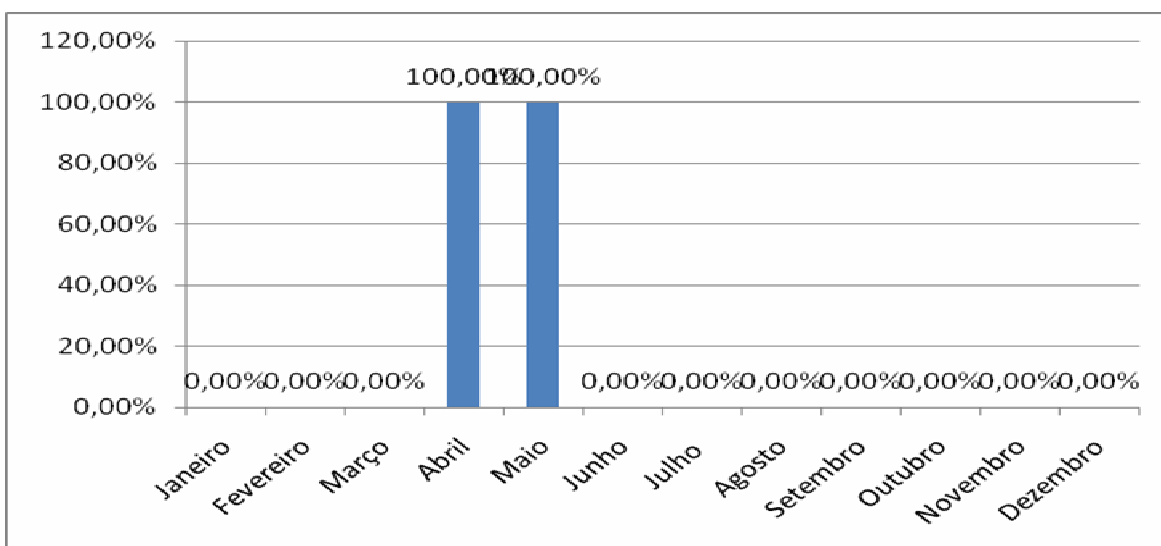
Esse indicador pretende evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado aos usuários de álcool, podendo indicar o quanto a equipe está sensível a essa questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses usuários, suas famílias e a comunidade.

Permite conhecer a participação dos atendimentos aos usuários de álcool na produção total de atendimentos de médico e enfermeiro realizados pela equipe.

Considerando que o acompanhamento continuado dos pacientes pode requerer visitas domiciliares, recomenda-se que, no registro de qualquer atendimento domiciliar de pacientes vinculados a atendimento continuado, como o de usuário de álcool, o profissional (médico ou enfermeiro) faça o registro tanto no campo “visita” como no campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro: usuário de álcool”; desse modo, quando esses atendimentos forem feitos no domicílio, também serão considerados no cálculo do indicador, apesar da sua fórmula considerar apenas o campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro: usuário de álcool”.

No gráfico percebe-se que os atendimentos a usuários de álcool ocorreram apenas em abril e maio.

## 7.3 PROPORÇÃO DE ATENDIMENTO DE USUÁRIO DE DROGAS



Esse indicador pretende evidenciar o quanto a equipe tem se dedicado ao cuidado aos usuários de drogas, podendo indicar o quanto a equipe está sensível à questão. O monitoramento dele auxilia as equipes a planejarem e avaliarem suas ações e a ampliarem o acesso a esses usuários, suas famílias e a comunidade.

Considerando que o acompanhamento continuado dos pacientes pode requerer visitas domiciliares, recomenda-se que, no registro de qualquer atendimento domiciliar de pacientes vinculados a atendimento continuado, como o de usuário de drogas, o profissional (médico ou enfermeiro) faça o registro tanto no campo “visita” como no campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro: usuário de drogas”; desse modo, quando esses atendimentos forem feitos no domicílio, também serão considerados no cálculo do indicador, apesar da sua fórmula considerar apenas o campo “Tipo de atendimento de médico e enfermeiro: usuário de drogas”.

Assim como o atendimento aos pacientes usuários de álcool, o mesmo ocorreu com os pacientes usuários de drogas, os atendimentos ocorreram em abril e maio.

#### 7.4 TAXA DE PREVALÊNCIA DE ALCOOLISMO

Por ano = 0,86%

Ressalta-se a importância da identificação precoce de pessoas com consumo considerado de risco nas ações de prevenção do uso abusivo de álcool. A Organização Mundial da Saúde considera consumo de risco a ingestão superior a 2 doses diárias para homens e a 1 dose para

mulheres. O acompanhamento e monitoramento do indicador auxiliam as equipes a planejarem suas ações e a ampliarem a qualidade da atenção prestada aos usuários de álcool, suas famílias e comunidade.

É importante ressaltar que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas pode causar dependência e está relacionado a vários agravos (violência, suicídio e acidentes de trânsito) e doenças, como cirrose alcoólica, pancreatite alcoólica, demência, polineuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial, infarto do miocárdio e certos tipos de câncer (boca, faringe, laringe, esôfago e fígado) (Ripsa, 2008).

O monitoramento desse indicador permite avaliar em que medida as equipes de atenção básica estão identificando os usuários com consumo excessivo de álcool no seu território. O resultado desse indicador poderá ser comparado às estimativas de indivíduos que consomem bebidas alcoólicas de forma abusiva.

Esse indicador também pode contribuir para orientar as iniciativas de intervenções em relação ao cuidado das pessoas com problemas relacionados ao álcool, assim como as intervenções com familiares e com a comunidade.

## **APÊNDICE B**

### **ESF MARINGÁ**

Ações que promovem a melhoria do indicador:

(Re)Territorialização.

Padronização dos registros no SIAB – Reunião mensal para discutir indicadores (com a equipe da ESF e equipe de apoio do PMAQ) – Rever as datas dos relatórios, procurar unificar.

Treinamento do SIAB X PMAQ – qualificar os dados que são utilizados no cálculo dos indicadores (Melhorar registro)

Rever agenda de acordo com as demandas da unidade.

Realizar mutirão HIPERDIA.

Promover adesão À PUERICULTURA.

Registrar no SIAB apenas a população cadastrada e em outra planilha documentar os atendimentos que são das pessoas não cadastradas, ou seja, que não fazem parte do território da ESF.

Ações que promovem a melhoria do indicador, mas que não dependem da equipe:

Completar as áreas descobertas de ACS

Definir equipe de Apoio PMAQ.

Ações elaboradas pelos R2 Nut. Francine G. Gabbardo e Far. Namir Hodalli e R1 Far. Giane Silveira, ambos da área de Concentração VS, sob colaboração da Enfª Luciane Silva Ramos com participação na forma de discussão pela Equipe da ESF Maringá.

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA NA INTEGRALIDADE DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

**Pesquisador:** Teresinha Heck weiller

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 22402813.9.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:**

433.995      **Data da**

**Relatoria:** 08/10/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trabalho do Programa de Pós-graduação da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de

Saúde a ser realizado com trabalhadores da área da saúde sobre os Sistemas de Informação em Saúde ( SIS ).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral

- Analisar como os Sistemas de Informação são utilizados pelas equipes de saúde no pressuposto da integralidade da rede de atenção à saúde no município de Santa Maria.

Objetivos específicos

- Identificar o nível de compreensão e conhecimento das equipes de saúde sobre Sistemas de Informação. - Verificar as potencialidades e limites das equipes de saúde na utilização do Sistema de Informação no cotidiano dos serviços de saúde;

- Realizar a Intervenção junto aos trabalhadores da rede para incorporação no trabalho das ferramentas disponíveis nos sistemas de informação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Descritos adequadamente no corpo do projeto, TCLE e página da plataforma brasil.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Os procedimentos metodológicos que serão adotados nesta pesquisa e intervenção serão do tipo exploratório/descritivo e encontram-se estruturados a partir de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida em cinco Estratégias de Saúde da Família, as quais aderiram ao PMAQ no ano de 2012, além de ambulatório de Gastroenterologia do HUSM, Centro de Aplicação e Monitoramento de Medicamentos Injetáveis (CAMMI) e Casa Treze de Maio, serviço de referência em hepatites virais. Serão sujeitos do estudo os trabalhadores destes serviços de saúde. A coleta de dados será realizada por meio de questionário semi-estruturado constituído de questões sobre: noções de informática; noções sobre sistema de informação; relevância da utilização dos dados epidemiológicos. Para a escolha dos participantes do estudo será utilizada a técnica „Bola de Neve“. Informa os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa. O processo de coleta de dados dar-se-á até a saturação dos mesmos. Os dados serão analisados por meio da análise de conteúdo, mais especificamente pela análise temática.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta autorização da institucional, registro no GAP, registro e autorização na DEPE/HUSM, Termo de confidencialidade e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido adequadamente redigidos.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- "Realizar a Intervenção junto aos trabalhadores da rede para incorporação no trabalho das ferramentas disponíveis nos sistemas de informação" não se constitui como objeto de pesquisa.
- As informações advindas dos Dados de Identificação, sexo, escolaridade e tempo que trabalha no setor não tem relação com os objetivos do projeto de modo que deve-se elencar objetivo para contemplá-las ou retirar do instrumento de pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

