

OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: DO PROCESSO DE TRABALHO À GERAÇÃO DOS DADOS EM MINAS GERAIS

Cristina Guimarães Rodrigues^a
Fernanda Gonçalves Rodrigues^a
Laura Rodríguez Wong^a
Ignez Helena Oliva Perpétuo^a

Este trabalho analisa o processo de trabalho e a geração dos dados de alguns sistemas de informação no estado de Minas Gerais, desde seus primeiros registros até a transferência das informações para as secretarias municipais de saúde. Quatro sistemas foram avaliados: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), com ênfase nos dois últimos sistemas. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde e das Secretarias Municipais de Saúde de três municípios. Os resultados indicam que a geração da informação é precedida de enorme diversidade de procedimentos antes de se converter num dado público. Alguns visam melhorar o sistema, outros procuram se desburocratizar para melhor cumprimento de metas, enquanto outros buscam, apenas, resolver problemas da falta de estrutura.

Palavras-chave: Sistemas de Informação em Saúde; avaliação de dados; geração de dado, transmissão de informações

^a CEDEPLAR/Dpto. de Demografia /UFMG

Os sistemas de informação em saúde: do processo de trabalho à geração dos dados em Minas Gerais

Cristina Guimarães Rodrigues^a
Fernanda Gonçalves Rodrigues^a
Laura Rodríguez Wong^a
Ignez Helena Oliva Perpétuo^a

1 – Introdução

Uma das funções sociais mais relevantes de um demógrafo, seguindo o pensamento de Hakkert (1996), é fornecer um diagnóstico robusto dos dados populacionais para fins de planejamento, diagnóstico e avaliação de programas e estudos socioeconômicos, destinados ao bem-estar da sociedade. É por isto que grande parte do esforço analítico deve ser dedicado à avaliação das bases de dados, a fim de verificar a qualidade, confiabilidade e, conseqüentemente, o grau de robustez das análises que esses dados permitem desenvolver. Isto se aplica, particularmente, às estatísticas vitais em contextos populacionais em desenvolvimento, como no Brasil. Além disso, toma uma importância maior quando consideramos que tais contextos, além de possuírem uma infra-estrutura insuficiente, passam por profundas mudanças no que se refere à sua dinâmica demográfica.

No campo da saúde pública, sabe-se que existem deficiências nos sistemas de informação, cuja finalidade da coleta de dados extrapola interesses puramente científicos, sendo direcionada, muito frequentemente, para o monitoramento e programação das ações em saúde, além de controle de repasse de recursos. Normalmente, os trabalhos que procuram verificar a qualidade das informações o fazem através da avaliação da cobertura do registro e qualidade da declaração (Romero e Cunha, 2006; Souza, 2004; Haraki et al, 2005; Filha et al, 2004; Almeida et al, 2006). No entanto, esses problemas são reflexo, sobretudo, de falhas que ocorrem na própria concepção dos dados, desde os primeiros registros até sua transmissão para os sistemas de informação. No Brasil, é comum existirem disparidades tanto na concepção como na geração dos dados entre as diversas localidades e distintas instâncias em que esses dados são gerados. Entretanto, poucos trabalhos se atentam ao estudo das fontes primárias de informação como forma de se avaliar a qualidade dos dados (Silva e Laprega, 2005; Frias et al, 2005; Freitas e Pinto, 2005).

As diversas esferas administrativas vêm desenvolvendo estratégias para melhorar a qualidade e cobertura dos Sistemas de Informação para atenção à saúde, a mesma que, por sua vez, está adotando novos paradigmas frente às novas realidades científicas, tecnológicas e demográficas. Em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde está em fase de implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, um conjunto instrumentos e recursos que visa reorganizar as ações no campo da saúde, cujo objetivo final é proporcionar um atendimento de qualidade às pessoas que necessitam dos cuidados, no contexto do Programa Saúde da Família. É nesta conjunção de fatores que torna da maior importância avaliar os processos de geração de informações de alguns sistemas de informação tanto da atenção primária quanto das estatísticas vitais. Dentre os sistemas de informação que englobam alguns serviços da atenção primária estão o SIAB e o SISPRENATAL, e sobre as estatísticas vitais estão SINASC e o SIM.

^a CEDEPLAR/Dpto. de Demografia /UFMG

2 – Material e métodos

Motivados pelo Plano Diretor da Atenção Primária, e diante da solicitação feita pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) de avaliação deste plano, decidiu-se criar um estudo piloto de avaliação de alguns sistemas de informação. A avaliação deveria se centrar em três pontos: cadastramento, avaliação de risco e atendimento para os grupos-alvo da organização da atenção, que compreende o ciclo de vida, condições e patologias prioritárias (criança, adolescente, idoso, gestante, saúde bucal, saúde mental, hanseníase, hipertensão e diabetes, tuberculose e HIV/AIDS). Entretanto, a confiabilidade dessas informações exigia uma avaliação no nível local, a fim de analisar o registro e transmissão das informações desde os primeiros registros até sua transferência para os sistemas de informação.

Este estudo piloto sobre avaliação do processo de registro e transmissão das informações foi realizado em três municípios de Minas Gerais, cujos nomes foram omitidos para o sigilo das informações. São municípios com diferentes tamanhos populacionais (66, 109 e 355 mil habitantes), grande cobertura populacional do PSF (dois municípios com 100% e um com 86%), sendo dois municípios habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal (e também a sede da Gerência Regional de Saúde – GRS) e um deles na Gestão Municipal da Saúde.

O arcabouço metodológico utilizado neste trabalho corresponde à abordagem qualitativa, de entrevistas semi-estruturadas com roteiro único (Anexo 7.1). As entrevistas semi-estruturadas, embora sejam objetivas, possuem a vantagem de captar dimensões subjetivas, importantes para o tipo de análise proposta neste (Torres, 2007). Os pontos a serem abordados nesse tipo de entrevista são definidos a priori, mas elas permitem uma interação entre entrevistador e entrevistado acerca do tema a ser analisado.

As entrevistas foram realizadas com médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família (PSF) em cada um dos municípios e profissionais do setor de epidemiologia e informática das Secretarias Municipais de Saúde, no período de Dezembro de 2006 a Fevereiro de 2007. Cabe ressaltar que somente uma Unidade de Saúde do PSF foi visitada em cada município. Foram avaliados temas como rotina de preenchimento das informações, periodicidade e fluxo no envio dos registros, análise dos dados antes e após a digitação e problemas encontrados. Modelos das principais fichas utilizadas nos sistemas de informação podem ser vistas no anexo 7.2.

3 – Resultados

3.1 – Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

O precursor dos sistemas de informação em saúde no Brasil foi o Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), estabelecido pelo Ministério da Saúde em 1975 e informatizado em 1979 (Mota, 2003; Brasil, 2002; Carvalho, 1997). A fonte primária das informações refere-se à Declaração de Óbito (DO), um documento que contém informações demográficas do óbito, além da descrição da causa de morte, e que alimenta esse sistema de informação.

Em todos os municípios onde as entrevistas foram realizadas, os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde responsáveis por esse sistema disseram que adquirem os blocos das Declarações de Óbito na Gerência Regional de Saúde e distribuem os blocos para os lugares onde as informações são preenchidas, normalmente hospitais e Instituto Médico Legal (IML).

Em um dos municípios, há uma ficha de controle que registra as DO emitidas e recebidas, para evitar a negligência na distribuição das fichas. Nos outros municípios este procedimento não foi adotado.

Cada declaração de óbito é composta por três vias: a rosa, que fica arquivada no estabelecimento onde foi preenchida (hospital, IML), a branca e a amarela são entregues às famílias para fazerem o registro do falecimento no cartório, sendo que a amarela fica no cartório e a branca é enviada à Secretaria Municipal de Saúde. Em todos os municípios, o envio dos registros à SMS é contínuo, mas a forma de envio é diferente. Em um deles há uma busca ativa em cartórios uma vez por semana e na zona rural de três em três meses. Em outro não há busca ativa, mas o hospital envia as declarações via malote diariamente. No terceiro município um funcionário da SMS busca as declarações todas as terças e quintas nos hospitais e IML. Após essa primeira análise, as DO são lançadas no sistema pelo digitador, um agente administrativo contratado ou estagiário em todos os três municípios.

Os responsáveis pelo SIM de todos os três municípios declararam analisar previamente se os campos importantes estão preenchidos. Se faltar informação em algum campo obrigatório (nome, data de nascimento, sexo, causa da morte e nome do município), a DO é enviada de volta ao médico que preencheu a declaração para que seja normalizado. Entretanto, em um dos municípios este procedimento é diferente. As declarações não são verificadas antes da digitação, e se há algum campo com informação inconsistente, a tela do computador fica aberta enquanto o digitador liga pro hospital e espera o médico dar a informação correta.

Após a digitação, os digitadores enviam um relatório das mortes para o Comitê de Mortalidade Materna e Infantil, existente nos três municípios, para que sejam investigados óbitos de crianças e de mulheres em idade fértil. Em um dos municípios, foi relatado que a SMS investiga se as mulheres de 10 a 49 anos falecidas ficaram grávidas até um ano antes da morte. Caso tenha ocorrido, a morte é investigada. O envio do relatório para o Comitê é o único procedimento relatado sobre avaliação das mortes. Todas as informações lançadas no sistema são enviadas em meio eletrônico para a Gerência Regional de Saúde, que depois encaminha à Secretaria Estadual de Saúde.

Os principais problemas descritos pelos agentes administrativos dizem respeito à falta de preenchimento de campos importantes (como causa de morte), ao sub-registro das informações e entendimento da letra dos médicos. Em uma das localidades entrevistadas, relatou-se que o novo programa do SIM, implantado em 2006, emite um aviso quando alguma informação básica não foi digitada, e se as informações não forem devidamente preenchidas, não é possível seu lançamento no sistema. Além disso, em dois municípios foi relatado que desde 2006 as DO's de não residentes são digitadas no município de ocorrência, e não mais enviadas ao município de residência do óbito para que seja digitado. Apesar disso, em um deles, depois que as informações de não residentes são lançadas no sistema, a DO é entregue à GRS. No último município, a declaração de óbito de não residentes não é lançada no sistema; ela é devolvida à SMS do município de residência do óbito, mas não há data para esta devolução.

3.2 – Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)

Com estrutura semelhante ao SIM, em 1990 foi implantado o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC). Este sistema tem por finalidade registrar os nascimentos em todo o território nacional, além de fornecer informações sobre a gestação, o parto e as condições

do recém-nascido. Da mesma forma que o SIM, há um formulário chamado Declaração de Nascimento (DN), onde as informações são preenchidas.

O primeiro passo da geração do dado do SINASC ocorre com a distribuição das DN em maternidades por um responsável da SMS, que obtém os blocos das DN na GRS. A medida em que os nascimentos ocorrem, as DN são encaminhadas à SMS. Em um dos municípios um funcionário da SMS vai às maternidades para buscá-las. Quando as DN chegam ao setor responsável pela digitação na SMS, há uma análise prévia das informações, para saber se está faltando algum dado. Caso isso ocorra, os responsáveis ligam para a maternidade/hospital, ou enviam a DN de volta para que seja revisto o prontuário. Depois a DN é enviada novamente à SMS.

Após a digitação das informações, há uma análise das informações, relatada em dois municípios. Em um deles, uma cópia da DN é enviada aos responsáveis pelo Programa de Saúde da Família do município, que tem cobertura de 100% da população. A DN é enviada para a Equipe do Saúde da Família da área de abrangência da criança recém-nascida. Este procedimento é adotado para que os nascimentos de baixo peso sejam acompanhados. Neste caso, a ESF deve mandar uma ficha de acompanhamento dos bebês de baixo peso até o sexto mês para a SMS. Em outro município, um relatório mensal dos nascimentos é enviado para as unidades de saúde, a fim de identificar se o número de crianças nascidas coincide com o número de crianças acompanhadas pela ESF. Além disso, eles também fazem uma comparação do número de DN com o número de Testes do Pezinho no município.

Os principais problemas relatados pelos profissionais administrativos referem-se à ausência de informações em campos importantes da DN, e atribuem este fato ao preenchimento das declarações por outros profissionais que não seja o médico (o responsável pela DN), além de falta de correspondência entre nascidos vivos residentes no município e as DN emitidas. Além disso, descreveram também a falta de correspondência entre o número de nascidos vivos residentes no município e as DN emitidas. Neste caso, o que ocorre é que muitas gestantes de outros municípios se declaram residentes dos municípios onde o parto foi realizado, o que não é verdade. Isto ocasiona problemas de cobertura vacinal, como relatado em um dos municípios. Num determinado ano, foi constatada uma baixa cobertura vacinal no município, dado que muitas crianças não foram vacinadas porque não residiam nesta localidade, embora tenham nascido lá. Em outro município, foi realizado um estudo sobre nascimentos prematuros. Foi constatado que 30% dos nascimentos considerados prematuros não se encaixavam nesse perfil. Descobriram que o problema estava no preenchimento das DN por auxiliares administrativos que não tinha visto o parto e nem acompanhado nada, então ele acabava colocando o que achava.

3.3 - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SISPACS). É uma base de dados do Ministério da Saúde, utilizada para controle das atividades ambulatoriais por todos os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Abarca uma enorme quantidade de informações sobre consultas e exames de pessoas que utilizam o sistema de saúde para prevenção, controle e tratamento de enfermidades.

O SIAB possui várias fichas de preenchimento das informações, de responsabilidade de diferentes profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF).

O preenchimento das informações do SIAB começa com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Inicialmente, esses profissionais cadastram todas as residências do município, incluindo casas em construção e casas vazias. A unidade de análise (ou observação) é o domicílio. Após essa etapa, é feita uma visita para preenchimento de cadastro das famílias em cada residência (Ficha A). Com a Ficha A, é possível fazer um levantamento das características da população na área de abrangência do agente, como o número de crianças e gestantes, etc. Notar que no caso de cobertura total de um município, esta ficha se constitui numa fonte valiosa de informações.

Depois desse cadastro inicial, os agentes devem acompanhar as famílias mensalmente. Caso alguém tenha alguma condição referida (existência de grávidas, idosos, por exemplo) e/ou doença, o acompanhamento do morador é realizado em uma ficha separada, a Ficha B. Esta ficha contempla os seguintes grupos: crianças, gestantes, pacientes com hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. Essas fichas ficam com o próprio ACS durante o ano inteiro para o acompanhamento das pessoas da microárea de abrangência. No fim de cada mês, os ACS se reúnem com o enfermeiro e preenchem o consolidado desse acompanhamento, chamado de Relatório da Situação e Acompanhamento das Famílias na Área/Equipe (SSA2). Deve haver uma SSA2 para cada micro área de abrangência do agente comunitário.

Uma situação interessante que ocorre em dois municípios é que o cadastro é atualizado mensalmente. Isso significa que os ACS visitam as residências e se há alguma alteração no cadastro (família que mudou, família que chegou, nascimento ou morte de algum membro), eles fazem essa alteração da Ficha A numa ficha separada. Em cada município, essas fichas recebem um nome diferente, pois é um procedimento adotado pelo próprio município, e não uma norma da Secretaria Estadual de Saúde ou Gerência Regional. As fichas são enviadas para a secretaria, juntamente com a SSA2. Neste caso, todo mês tem-se a informação atualizada da população de abrangência de cada UBS. Em uma localidade este procedimento não é adotado, e a atualização é anual.

Dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS), os profissionais de saúde - médicos, enfermeiros e dentistas (quando houver) – utilizam uma ficha de produção do SIAB, a Ficha D, para o registro de atividades, procedimentos adotados com os pacientes e notificações. Da mesma forma que os ACS, no fim do mês esses profissionais devem preencher um relatório com todas as informações mensais consolidadas, chamado de Relatório de Produção e de Marcadores para Avaliação (PMA2). Existe uma PMA2 para cada equipe de saúde.

Após o preenchimento mensal da SSA2 e PMA2, elas são enviadas para a SMS (no fim do mês) para serem digitadas. Em dois municípios, há uma análise prévia das fichas, antes da digitação, para saber se há inconsistências na Ficha SSA2 (ex.: se é informado que existem 20 hipertensos cadastrados, deve haver 20 hipertensos acompanhados. Essas duas informações estão disponíveis na SSA2). Em um deles, a digitadora disse que só verifica no momento da digitação, quando ocorre alguma mensagem de erro no sistema.

Após a digitação, os dados em meio eletrônico são enviados à GRS, no começo do mês. Na SMS, há relato de análise posterior das informações nos três municípios. Em dois deles, há análise da mortalidade materna e infantil, e no outro o digitador relatou que emite um relatório de busca ativa de doença para que as equipes possam acompanhar, e emite todos os relatórios possíveis no SIAB sempre que atualiza os dados ou sempre que alguma equipe solicita. Ele disse que há equipes que fazem o acompanhamento do relatório.

Em relação aos problemas encontrados, nos três municípios houve reclamação do próprio sistema do SIAB, em relação à infra-estrutura disponível, como o fato do sistema não aceitar cd-rom nem envio por e-mail, e também relapso no preenchimento das fichas por parte dos médicos e enfermeiros.

3.4 – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL)

O Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) é um software desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de acompanhar adequadamente as gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Este programa foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2000, com os principais objetivos de reduzir a morbi-mortalidade materna e perinatal, aumentar e melhorar o acesso ao pré-natal e implementar ações para gestantes de alto risco.... Quando todo o esquema de atendimento do SISPRENATAL se completa, o município recebe um repasse financeiro do governo estadual. Esse esquema inclui a realização de seis consultas da gestante, todos os exames de imunização¹ e consulta puerperal quarenta dias após o nascimento da criança.

O preenchimento do SISPRENATAL começa após o agente comunitário ter identificado uma mulher na condição de gestante pela Ficha B de acompanhamento do SIAB. Neste momento, um novo cadastro é realizado dentro da Unidade de Saúde, para a inclusão da gestante no SISPRENATAL. Este cadastro é chamado de Ficha de Cadastramento da Gestante (FCG), com informações sobre endereço, número do cartão SUS, data da última menstruação e primeira consulta pré-natal. Ao mesmo tempo, uma outra ficha é preenchida, a Ficha de Registro dos Atendimentos da Gestante no SISPRENATAL (FRDAG), uma ficha de acompanhamento que inclui todo o elenco de procedimentos citado acima para a completa assistência ao pré-natal. Cada gestante possui um número próprio no SISPRENATAL, o que facilita seu acompanhamento no sistema.

A diversidade do processo de geração das informações do SISPRENATAL inicia-se no cadastro das gestantes. Em um município, assim que as fichas de cadastro chegam para serem digitadas na secretaria municipal (diariamente), o digitador responsável pelo sistema anota o número do SISPRENATAL no cadastro e o envia para a Unidade de Saúde onde a gestante é acompanhada, via malote. Nos outros dois municípios, o número do SISPRENATAL sai da própria UBS. A Secretaria Municipal de Saúde envia folhas adesivas para cada UBS com uma série de números para serem colados na ficha de cadastro da gestante e na ficha de acompanhamento. Com este procedimento, problemas de duplicidade na numeração ou da gestante não receber nenhum número são praticamente reduzidos a zero. Esse número das gestantes é importante para o acompanhamento da situação da gestante durante todo o período de gestação. Sem ele, não há como o governo estadual saber que aquela gestante completou todo o esquema de atendimento e, com isso, o município fica sem o repasse da verba destinada ao pré-natal.

Além disso, cada um dos municípios visitados segue um fluxo próprio de envio das informações para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Em um município o cadastro e as fichas de acompanhamento do SISPRENATAL são enviados mensalmente à SMS para o

¹ Os exames de imunização incluem ABO Rh, VDRL, Urina Glicemia, Hb, Ht, HIV e Vacina Anti-tetânica.

Serviço de Controle e Avaliação, sendo que não existe uma rotina para o envio dessas fichas. Nos outros dois os dados são enviados para o Setor de Epidemiologia da SMS no final de cada mês. Apesar disso, nem todos os municípios utilizam sistematicamente o sistema, por mais que o preenchimento correto deste envolva repasse de incentivo financeiro. Em uma ESF de um dos municípios, o cadastro da gestante é realizado unicamente para alimentar o SIAB, e não o SISPRENATAL. Em outro, o cadastramento é realizado somente para acompanhar as gestantes na área da abrangência da ESF, e em outro é utilizado também para alimentar o SISPRENATAL, além do SIAB.

Nestes casos, o SISPRENATAL não é devidamente aproveitado para o monitoramento das ações, o que é possível através dos vários relatórios consolidados que o sistema emite. Em apenas um dos municípios entrevistados, a SMS emite três relatórios mensais: o de cadastro, de acompanhamento da gestante (que é enviado para cada UBS) e um relatório de último mês de gestação, para informar à maternidade do município quantos partos serão realizados, aproximadamente. Neste município, os relatórios de acompanhamento são enviados para cada UBS todo dia 10. Neste relatório constam o número de mulheres da área de abrangência da UBS que realizaram consulta puerperal, quantas completaram o esquema de imunização, entre outros, a fim de verificar se as ações destinadas a essas gestantes estão sendo devidamente cumpridas. As UBS podem, também, ajudar a identificar possíveis inconsistências nos relatórios, pedir outras informações para a SMS ou simplesmente acompanhar as gestantes para que sua gestação tenha todos os procedimentos completos até 40 dias após o nascimento do bebê.

Além da falta de responsabilização dos profissionais, o próprio sistema possui algumas inconsistências apontadas pelos responsáveis pelo processamento das informações. Existem falhas no software que prejudicam a confiabilidade dos dados. Em uma das localidades, por exemplo, se a gestante é de alto risco, ela passa a ser acompanhada pelo sistema de referência, que não preenche o SISPRENATAL. Neste caso, a gestante se perde no sistema, como se ela tivesse deixado de ser acompanhada, o que pode ou não acontecer. Isto não acontece em apenas um município, onde as gestantes de alto risco são encaminhadas para a referência, mas continuam sendo acompanhadas pela ESF. Consequentemente, as informações permanecem no sistema. Outra inconsistência é que o número do cadastro do SISPRENATAL é por UBS. Logo, se a gestante muda de unidade, muitas vezes ela também se perde no sistema, porque passa a ter um outro número na nova unidade onde está sendo acompanhada, mas com informações incompletas. Entretanto, em dois municípios há o procedimento de continuar o preenchimento das informações como se a gestante ainda estivesse sendo acompanhada na UBS anterior. Neste caso, é necessário que a enfermeira da equipe informe que a gestante se mudou, ou em qual ESF ela foi cadastrada. Se a enfermeira não possui essas informações, não há como continuar o acompanhamento com o mesmo número do SIS.

4 – Diversidade no processo de geração das informações

Este trabalho procurou analisar a qualidade das informações em saúde de uma maneira não convencional na literatura, isto é, através de entrevistas sobre o processo de geração das informações desde os primeiros registros até sua transmissão para os sistemas de informação. Antes de tecer algumas considerações sobre os processos observados, é necessário deixar claro que não se podem fazer generalizações sobre os resultados encontrados, tanto para os municípios-caso quanto para o estado. Apesar disso, elas possibilitaram uma investigação

mais profunda dos pontos de estrangulamento dos sistemas de informação. As observações das entrevistas podem se centrar em dois eixos principais: registro, periodicidade, forma de envio dos dados e problemas encontrados nas fichas manuais assim que chegam pra digitação, e sensibilização e compromisso dos profissionais em relação ao uso das informações para fins de monitoramento e planejamento em saúde.

4.1 – Registro, periodicidade, transmissão dos dados e problemas com os Sistemas de Informação

Em primeiro lugar, avaliamos que a diversidade é maior em relação ao procedimento para o registro e envio das informações do que em relação ao fluxo das mesmas, nos três municípios estudados. O fluxo normalmente é o mesmo, sendo de cartórios, maternidades, hospitais e IML para a SMS nos sistemas do SIM e SINASC, e das UBS para a SMS no caso do SIAB e SISPRENATAL, embora a forma de envio e a periodicidade possam se diferenciar.

Em alguns municípios o envio das informações é contínuo, em outros existe uma data definida, e o procedimento difere dependendo do sistema de informação analisado, dentro de um mesmo município. Em relação ao envio dos dados do SIM, por exemplo, em dois municípios a transmissão é contínua, isto é, à medida que os óbitos ocorrem, as Declarações de Óbito (DO) são encaminhadas para a SMS. Neste mesmo município, as informações sobre cadastro do SIAB são enviadas mensalmente, via malote. Num outro município o processo é diferente. No caso do SIM, toda terça e quinta um profissional da SMS busca os registros nos hospitais e IML, mas em relação ao SIAB, um funcionário da SMS busca as Fichas A (de cadastro) diariamente em todas as UBS.

Uma fonte potencial de erros nos sistemas de informação pode ser identificada já na digitação das informações. Reclamações foram freqüentes da parte dos digitadores sobre o preenchimento manual das fichas dos sistemas. Estes problemas podem ser vistos nas declarações seguintes:

- Digitador do SIAB do município A: *“(...) muitas vezes a gente tem até que conferir [as fichas manuais]. Muitas vezes também a Ficha A é preenchida incorretamente (...) a gente pega fichas com os dados faltando, incompletos. (...) frente e verso elas (ACS) têm dificuldade pra preencher.”*

- Digitador do SIAB do município B: *“Às vezes tem algum erro, né? Não bate, o programa não aceita. Aí eu tenho que ‘tá’ ligando, eu até tenho que ficar pedindo pra ‘ta’ fazendo uma reunião com os enfermeiros, porque tem muito erro. (...) [tem muito erro] do SSA2, até que do PMA2 não.(...) no SSA2 e PMA2 (...) eles confundem muito visitas domiciliares com famílias acompanhadas. (...) a enfermeira, né? Na hora de ‘tá’ preenchendo lá.”*

- Digitador do SIAB do município B: *“(...) quando tem aquela conferência [dos dados] não bate. (...) eles não admitem que são eles [na UBS] que erraram. E não é [o digitador], porque eu presto atenção.”*

- Coordenador do PSF do município B: *“(...) Muitas vezes é o digitador que inventa, modifica, pega o dado de um mês e modifica pro outro.”*

No caso dos digitadores, o que se viu é que normalmente são funcionários contratados ou estagiários, e muitas vezes não há treinamento para aprender a manusear o sistema. Neste

ponto, a GRS parece ter um papel fundamental no auxílio dos profissionais da secretaria sobre como utilizar o sistema.

- Digitador do SISPRENATAL no município A: “ (...) eu tive problema [para entender o sistema] no início, porque eu comecei ano passado. (...) aí eu não sabia como que fazia tudo, aí muitas coisas eu ligava lá na regional né, e eles iam me informando pelo telefone. Mas aí mexendo, fazendo, aí eu consegui pegar direitinho.”

- Digitador do SIAB no município B: “No início eu tive muita dúvida (...) foi passado pra mim [como manusear o sistema] um pouco rápido. (...) até no treinamento mesmo, ela [funcionária da GRS] explicou tudo isso (...) eles explicam tudo. Quando têm dados a mais, acusa lá, eles ‘tá’ sempre me ligando. Até quando tem um erro eles me ligam. Nossa me dão um apoio total. (...) Toda vez que eu tenho um probleminha e vou pra lá [GRS] e eles me ajudam muito.”

Além de falhas no preenchimento manual das informações, os profissionais de saúde reclamam de problemas na digitação e no retorno dessas informações pela SMS.

- Enfermeira do PSF do município A: “ (...) de todas as gestantes que estão na referência, nenhuma é acompanhada no SISPRENATAL. (...) Às vezes a gente manda [para a SMS], pede pra descadastrar uma gestante... é... não descadstra. Às vezes a gente envia dados toda semana e às vezes vem relatório e tá faltando um exame, como se ela [gestante] não tivesse feito [o exame]. Quando vai olhar, foi enviado [o dado].”

Algumas vezes os erros são reconhecidos pelas partes:

- Gerente do PSF do município A: “acho que ocorre as duas coisas. Às vezes ‘cê’ manda o dado e não é digitado, não é computado, e às vezes não manda os dados.”

Outro problema relatado refere-se aos próprios sistemas de informação. São queixas freqüentes, por exemplo, o fato de o sistema aceitar apenas disquete, e não cd-rom, de apenas uma máquina fazer a atualização do cadastro e digitação das fichas consolidadas, e do sistema não conter algumas informações existentes nas fichas manuais. Nas palavras dos entrevistados:

- Digitador do SIAB do município A: “(...) ele [atualização dos cadastros] é só numa máquina. (...) Não tem como colocar em rede, já tentamos. (...) Esse trabalho é feito só em uma máquina, (...) é só uma máquina pra digitar tudo e fazer a produção de tudo. (...) ele [sistema] é antigo mesmo, é dose mesmo, não tem como...”

- Digitador do SIAB do município A: [sobre forma de envio das informações pra GRS] “Disquete (...) é só pelo disquete. Aí, é... o quê que a gente faz? ‘Cê tá’ fazendo um back-up, (...) na hora que ‘cê tá’ lá no nono, deu problema? Ele começa tudo de novo... (...) Cd? Não tem como não.”

- Digitador do SIAB do município B: “Acho que eles deveriam melhorar um pouquinho [o sistema], ele é bem antigo, e com relação a cd, não passa. Todo mês tenho que mandar sete disquetes, um back-up com sete disquetes, né? Às vezes não tem, atrasa um pouquinho.”

- Coordenador do PSF do município A [sobre o SISPRENATAL]: *“A gente tem alguns problemas do tipo: os relatórios ficam imensos (...), enormes (...), inconsistentes. Por exemplo, eu cadastro e falo que tenho dez pacientes gestantes, aí o relatório, quando ele me dá, ele não me dá dez, ele fala menos ou ele fala mais. Porque ele não tira do sistema uma paciente que já ganhou nenê. Você lança a informação e às vezes ele não dá baixa. Eu acho um sistema muito ruim, muito ruim mesmo. Ele é cheio de probleminhas, sabe? (...) então, por exemplo, a gente não consegue fechar, é... principalmente dado de vacina e dado de acompanhamento de puerpério, fica muito faltoso dentro do sistema. As pessoas informam e às vezes ele não aceita informação, sabe? Come a informação, e aí ‘cê’ vai lá no cadastro, na fichinha tem, e no sistema não aparece.”*

- Coordenador do PSF do município B [sobre o SIAB]: *“Ele [SIAB] não tem função de recortar e colar, então tudo o que você precisa repetir tem que repetir mesmo. Digitação, atualização, por que é que eu acho que é uma situação muito complicada? Porque quando você vai atualizar, você não consegue tirar uma pessoa só da casa, ‘cê’ tem que pegar o cadastro e fazer tudo de novo. Se você tira o primeiro nome, automaticamente perde todos os outros. (...) Então isso é o que eu acho que emperra, na maioria dos municípios. (...) enquanto não tiver uma forma mais fácil, mais prática de atualizar o SIAB, eu acho que os municípios vão continuar com esse problema [da falta de atualização do sistema].”*

- Digitador do SIAB município C [sobre o SIAB]: *“(...) de certa forma, eu acho até um defeito [algumas funções do sistema]. Distúrbio mental. Distúrbio mental, ele é considerado como deficiência pelo Ministério quando a pessoa, comprovadamente, né, é impossibilitada de exercer qualquer função. (...) Só que quando a gente vai digitar a Ficha A, você não vê DME (Distúrbio Mental) [na ficha A manual], porém na Ficha A [do sistema] você vê DME. (...) Você pode ver que tem DME aqui [no sistema], certo? Mas não tem na Ficha A pra gente digitar. Então o quê que acontece? Você deduz o quê? (...) Isso eu considero até um erro...”*

Como se pode ver, as reclamações foram maiores para os sistemas da atenção primária, como SIAB e SISPRENATAL. No SIM e SINASC, por outro lado, não foram observadas muitas insatisfações com o sistema, talvez pelo fato de serem sistemas mais antigos, com os quais os profissionais já estão mais acostumados, diferente do SIAB e SISPRENATAL.

4.2 – Sensibilização e compromisso dos profissionais sobre a importância dos sistemas de informação

Outra questão importante identificada nos municípios refere-se à sensibilização dos profissionais, tanto da SMS quanto das UBS, em relação à importância das informações para o monitoramento e avaliação do sistema de saúde. Nos três municípios foi relatado pelos responsáveis da SMS que a maioria das equipes de saúde não utiliza as informações do sistema para fins de planejamento de suas ações. Sobre questões de se os profissionais, tanto das unidades de saúde quanto da secretaria municipal de saúde reconhecem a importância do registro dos dados para suas ações, as falas abaixo ilustram bem:

- Coordenador do PSF do município A: *“Muito pouco, não, muito pouco... até porque eles não trabalham com a informação. Se trabalhasse, ficava mais sensível. (...) não é um negócio que ‘tá’ incorporado no dia-a-dia. (...) Eu acho assim, a unidade de saúde (...) eles não usam muito os sistemas que eles têm não, sabe? (...) a rotina é não trabalhar com a informação que tem. Muita dificuldade pra fazer isso, muita. E muita resistência também, muita.”*

- Coordenador do PSF do município B: “(...) porque a gente conhece [os profissionais], porque não faz. (...) não analisa, não sabe quem digitou realmente ou não, não utiliza esses dados, né? (...) Simplesmente mandou [as fichas pra SMS], recebe, né?”

- Digitador do SIAB do município B: “Eles [ACS] têm muita dívida, mas não ligam. Eu acabo vendo aquele tanto de erro, tanto de erro, então eu ligo, explico... aí mês que vem é a mesma coisa. Então a gente tem que ir lá e conversar sério mesmo. Falo com eles sempre da importância do SIAB, da importância desses dados, de todos os dados que eles colocam.”

A falta da utilização dessas informações para o planejamento das ações pelos profissionais de saúde já foi discutido por Silva e Laprega (2005), no município de Ribeirão Preto. Verificou-se que nem todos os funcionários administrativos das secretarias municipais de saúde analisavam o relatório consolidado para reuniões com a equipe de saúde. Além disso, a relação entre os níveis também é falha entre a secretaria e da Gerência Regional de Saúde. Grande parte dos responsáveis pelo processamento das informações na SMS central não sabe o que acontece com os dados depois que são enviados para a GRS. Em uma localidade, por exemplo, não há técnicos na GRS, e ninguém da SMS tem contato com eles. Nos outros dois é diferente. De acordo com os entrevistados, a GRS tem bastante contato para saber como está o funcionamento do sistema, e cobra inconsistências e falta de informações dos funcionários administrativos da SMS.

- Digitador do SIAB do município C [sobre GRS]: “Eles [funcionários da GRS] têm, assim, uma atenção misturada com preocupação (...) e valorizam o trabalho da gente, né?”

Todavia, muitas vezes os problemas não são relatados, há uma displicência por parte dos próprios funcionários da secretaria:

- Digitador SISPRENATAL no município B [sobre o que fala quando o pessoal da GRS liga perguntando se existe alguma dúvida]: “(...) e aí, como é que ‘tá’ o SISPRENATAL, tá tudo bem? [Resposta] Ah, tá tudo bem. Aí a gente sabe que se eles forem analisar, não ‘tá’ tudo bem”.

Como se pode ver nesta seção, são inúmeras as situações que podemos encontrar nos municípios em relação aos registros, fluxos, sistemas de informação e compromisso dos profissionais, tanto dos funcionários administrativos dos municípios quanto dos profissionais de saúde que atuam diretamente com a população. Em parte, a aceitação das condições existentes deve-se à falta de conhecimento sobre a necessidade de informações de qualidade para diagnóstico, monitoramento e avaliação das ações de saúde, e em parte à própria negligência dos profissionais que atuam nas diversas instâncias em que esses dados são gerados e transmitidos.

5 – Considerações finais

A pesquisa qualitativa sobre os sistemas de saúde nos municípios é uma ferramenta importante para o conhecimento do processo de geração das informações em saúde, seu fluxo e falhas durante esse processo. Por meio das entrevistas foi possível conhecer o fluxo das informações, os formulários dos sistemas e a rotina de preenchimento e envio dos mesmos. Verificou-se que os municípios, muitas vezes, utilizam outros tipos de registros para o controle e organização das informações, e adotam procedimentos diferenciados em relação ao registro e envio dos dados.

Observou-se que tanto os profissionais de saúde quanto os funcionários administrativos das SMS relataram problemas com os sistemas de informação e que a falta de articulação entre os diversos profissionais e sensibilização e conhecimento da importância das informações são fatores que podem estar associados às distorções observadas na cobertura dos sistemas.

Em síntese, os processos observados nestes municípios-caso permitem, em primeiro lugar, constatar que existe grande diversidade de fluxo de processos para a geração da informação e que o nascimento dos sistemas de informação é precedido, igualmente, de enorme diversidade de procedimentos. Alguns deles visam melhorar os sistemas, outros procuram se desburocratizar para melhor cumprimento de metas e outros, objetivam, apenas, resolver problemas da falta de estrutura. Em segundo lugar, pode-se concluir - dada a diversidade de procedimentos mencionada, e a diversidade dos mais de oitocentos municípios de Minas Gerais - que uma análise mais profunda, detalhada e sistemática em todos os níveis do fluxo dos dados pode ajudar a compreender e desenvolver estratégias para a melhoria dos sistemas de informação em saúde.

6 – Referências

ALMEIDA, M.F.; ALENCAR, G.P.; JUNIOR, I.F. et al. Validade das informações da declarações de nascidos vivos com base em estudo de caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, n.22(3): 643-652, 2006.

FILHA, M.M.T.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B.; LEAL, M.C. Confiabilidade do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos Hospitalares no município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad. Saúde Pública**, n.20(supl.1): S83-S91, 2004.

FREITAS, F.P.; PINTO, I.C. Percepção da Equipe do Saúde da Família sobre a utilização do sistema de informação da Atenção Básica SIAB. **Rev. Latin-am Enfermagem**, n.13(4): 547-54, 2005.

FRIAS, P.G.; VIDAL, S.A.; PEREIRA, P.M.H. et al. Avaliação da notificação de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso. **Rev. Bras. Saúde Matern-Infant.**, n.5(supl.1): 543-551, 2005.

HARAKI, C.A.C.; GOTLIEB, S.L.D.; LAURENTI, R. Confiabilidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade no município do sul do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, n.3(1): 19-24, 2005.

ROMERO, D.E. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cad. Saúde Pública**, n.22(3): 673-684, Mar., 2006.

SILVA, A.S.; LAPREGA, M.R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n.21(5): 1821-1829, 2005.

SOUZA, L.M. Avaliação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) – Minas Gerais – 2000. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2004, Caxambu/MG. **Anais...**, 2004.

TORRES, M.E.A. **Perfis e percepções acerca da consulta ginecológica em Belo Horizonte no início do século XXI**. 2007. 125 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Demografia, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

ALVES, L. F. **Impactos do estado de saúde sobre os rendimentos individuais no Brasil**. 2002. 116 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Economia, Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.

7 – Anexo

7.1 – Roteiro das entrevistas sobre a geração dos dados de saúde em Minas Gerais

SIAB e SISPRENATAL

- 1) Nome do entrevistado
- 2) Função/cargo
- 3) Tempo na função/cargo
- 4) Quais os registros existentes?
- 5) Como é a rotina de preenchimento dos registros na Unidade Básica de Saúde?
- 6) Para onde são enviadas as informações que saem da Unidade Básica de Saúde?
- 7) Quais os dados enviados?
- 8) Qual a periodicidade de envio das informações?
- 9) Há alguma análise prévia das informações?
- 10) Para onde são enviados os dados após a digitação?
- 11) Há alguma análise das informações após a digitação?
- 12) Quais os principais problemas encontrados?
- 13) Você acha que há um reconhecimento da importância dos sistemas de informação para a programação e monitoramento das ações?

SIM e SINASC

- 1) Nome do entrevistado
- 2) Função/cargo
- 3) Tempo na função/cargo
- 4) Quem é o responsável pela distribuição das Declarações de Óbito/Nascimento?
- 5) Para onde as Declarações de Óbito/Nascimento são distribuídas?
- 6) Qual a periodicidade de envio das informações para a Secretaria Municipal de Saúde?
- 7) Há alguma análise prévia das informações?
- 8) Quem digita?
- 9) Para onde os dados são enviados após a digitação?
- 10) Há alguma análise das informações após a digitação?
- 11) Quais os principais problemas encontrados?

7.2 – Principais fichas utilizadas para o preenchimento das informações nos sistemas de saúde

7.2.1 – Fichas do SIAB

7.2.1.1 - Ficha A de cadastro

FICHA A		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				UF
ENDEREÇO			NÚMERO	BAIRRO	CEP	
MUNICÍPIO	SEGMENTO	ÁREA	MICROÁREA	FAMÍLIA	DATA	

PESSOAS COM 15 ANOS E MAIS							
NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (SIGLA)
				SIM	NÃO		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS							
NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQÜÊNCIA À ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (SIGLA)
				SIM	NÃO		

Siglas para a indicação das doenças e/ou condições referidas		
ALC - Alcoolismo	EPI - Epilepsia	HAN - Hanseníase
CHA - Chagas	GES - Gestante	MAL - Malária
DEF - Deficiência	HA - Hipertensão Arterial	
DIA - Diabetes	TB - Tuberculose	

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO

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

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

OUTRAS INFORMAÇÕES

ALGUÉM DA FAMÍLIA POSSUI PLANO DE SAÚDE?	NÚMERO DE PESSOAS COBERTAS POR PLANO DE SAÚDE
NOME DO PLANO DE SAÚDE	


EM CASO DE DOENÇA PROCURA	
Hospital	
Unidade de Saúde	
Benzedeira	
Farmácia	
Outros - Especificar	
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA	
Rádio	
Televisão	
Outros Especificar	

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

RENDA FAMILIAR () Não informou () Menos de 1 salário () 1 a 2 salários () 3 a 5 salários () + de 5 salários	OBSERVAÇÕES
--	--------------------

7.2.1.2 - Ficha consolidada SSA2

Relatório SSA 2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA								MÊS	ANO	
MUNICÍPIO (nome)		MUNICÍPIO (código)				SEGMENTO		UNIDADE			ÁREA	
RELATÓRIO DA SITUAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE												
MICROÁREA <input type="text"/>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
NASCIDOS VIVOS NO MÊS												
RN PESADOS AO NASCER												
RN PESADOS AO NASCER, COM PESO < 2500g												
DE 0 A 3 MESES OU 29 DIAS												
ALEITAMENTO EXCLUSIVO												
ALEITAMENTO MISTO												
DE 0 A 11 MESES OU 29 DIAS												
COM VACINA EM DIA												
PESADAS												
DESNUTRIDAS												
DE 12 A 23 MESES OU 29 DIAS												
COM VACINAS EM DIA												
PESADAS												
DESNUTRIDAS												
MENORES DE 2 ANOS												
QUE TIVERAM DIARRÉIA												
QUE TIVERAM DIARRÉIA E USARAM TPO												
QUE TIVERAM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA												
CADASTRADAS												
ACOMPANHADAS												
COM VACINA EM DIA												
FEZ CONSULTA DE PRÉ-NATAL NO MÊS												
COM PRÉ-NATAL INICIADO NO 1º TRI												
<20 ANOS CADASTRADAS												

MICROÁREA 		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
D	DIABÉTICOS											
	CADASTRADOS											
	ACOMPANHADOS											
H	HIPERTENSOS											
	CADASTRADOS											
	ACOMPANHADOS											
P	PESSOAS COM											
	CADASTRADAS											
	ACOMPANHADAS											
O	TUBERCULOSE											
	ACOMPANHADAS											
S	PESSOAS COM											
	CADASTRADAS											
	ACOMPANHADAS											
P	HANSENÍASE											
	ACOMPANHADAS											
I	MENORES DE 5 ANOS POR PNEUMONIA											
	MENORES DE 5 ANOS POR DESIDRATAÇÃO											
T	POR ABUSO DE ALCÓOL											
	POR COMPLICAÇÕES DO DIABETES											
	POR OUTRAS CAUSAS											
	TOTAL											
	INTERNAÇÕES EM HOSPITAL PSQUIÁTRICO											
	DE MENORES DE 28 DIAS											
	POR DIARRÉIA											
	POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA											
	POR OUTRAS CAUSAS											
	DE 28 DIAS A 11 MESES OU 29 DIAS											
	POR DIARRÉIA											
	POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA											
	POR OUTRAS CAUSAS											
	DE MENORES DE 1 ANO											
	POR DIARRÉIA											
	POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA											
	POR OUTRAS CAUSAS											
	DE MULHERES DE 10 A 49 ANOS											
	DE 10 A 14 ANOS											
	DE 15 A 49 ANOS											
	OUTROS ÓBITOS											
	TOTAL ÓBITOS											
	DE ADOLESCENTES (10-19 ANOS) POR VIOLÊNCIA											
	TOTAL DE FAMÍLIAS CADASTRADAS											
	VISITA DOMICILIAR - ACS											

7.2.1.3 – Ficha consolidada PMA2

Relatório PMA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE				
		SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA				
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MÊS	ANO	
RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO						
ATIVIDADE / PRODUÇÃO			MARCADORES			
C O N S M É D I C A	Residentes fora da área de abrangência		Valvulopatias em pessoas de 5 a 14 anos			
		< 1	Acidente Vascular Cerebral			
	Residentes na área de abrangência da equipe		1 - 4	Infarto Agudo do Miocárdio		
			5 - 9	DHEG (forma grave)		
			10 - 14	Doença Hemolítica Perinatal		
			15 - 19	Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos		
			20 - 39	Meningite tuberculosa em menores de 5 anos		
			40 - 49	Hanseníase com grau de incapacidade II e III		
			50 - 59	Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)		
		60 ou mais	RN com peso < 2500 g			
	Total	Gravidez em < 20 anos				
Total geral de consultas			Hospitalização em < 5 anos por pneumonia			
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeira	Puericultura		Hospitalização em < 5 anos por desidratação			
	Pré-natal		Hospitalização por abuso de álcool			
	Prev. do Câncer/Cérvico-uterino		Hospitalização por complicações do Diabetes			
	DST/AIDS		Hospitalização por qualquer causa			
	Diabetes		Internações em Hospital Psiquiátrico			
	Hipertensão Arterial		Óbitos em < 1 ano por todas as causas			
	Hanseníase		Óbitos em < 1 ano por diarreia			
Tuberculose		Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória				
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica		Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos			
	Radiodiagnóstico		Óbitos de adolescentes (10 - 19) por violência			
	Citopatológico cérvico-vaginal					
	Ultrassonografia Obstétrica					
	Outros					
Encaminhamentos médicos	Atendimento Especializado					
	Internação Hospitalar					
	Urgência/Emergência					
Internação Domiciliar			VISITAS DOMICILIARES			
P R O C E D I M E N T O S	Atendimento específico para AT		Médico			
	Visita de Inspeção Sanitária		Enfermeiro			
	Atendimento Individual Enfermeiro		Outros profissionais de nível superior			
	Atend. individual outros prof. nível sup.		Profissionais de nível médio			
	Curativos		ACS			
	Injeções		Total			
	Retirada de pontos					
	Terapia da reidratação oral					
	Sutura					
	Atend. grupo - Educação em saúde					
Procedimentos Coletivos 1 (PC 1)						
Reuniões						

7.2.2 – Fichas do SISPRENATAL

7.2.2.1 - Ficha de cadastro da gestante – FCG

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO**

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome da Unidade	2. Código da Unidade no SIASUS
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. Nº da Gestante no SISPRENATAL ____/____/____	8. Gestante acompanhada pelo PSF. Código da Área ____/____/____ Microárea ____/____
9. Nome da Gestante	10. Data de Nascimento ____/____/____
11. Nome da Mãe da Gestante	
12. Endereço Residencial Rua/Av.: _____ Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____	

Preencher com apenas um dos seguintes documentos (Itens 13 a 17)

* 13. Nº do Cartão SUS	14. Nº do CPF
15. Certidão de Nascimento ou Casamento Nome do Cartório: _____ Livro: _____ Folha: _____	
16. Identidade Número: _____ Órgão Emissor: _____	
17. Carteira de Trabalho Número: _____ Série: _____ UF: _____	
18. Data da 1ª Consulta de Pré-natal ____/____/____	19. Data da Última Menstruação ____/____/____
20. Assinatura e Carimbo do responsável pela 1ª consulta de Pré-natal	21. Atividade profissional do responsável pela 1ª Consulta de Pré-natal.

* Preencher no campo 21 o código da atividade do profissional responsável pela 1ª consulta, conforme tabela:

01 - Enfermeiro;	59 - Médico do PSF;	74 - Medicina Geral Comunitária;	84 - Médico/qualquer especialidade
22 - Ginecologia;	60 - Enfermeiro do PSF;	76 - Enfermeiro do PACS;	
29 - Obstetria;	73 - Ginecologia/Obstetria	79 - Enfermeiro obstetra;	

7.2.2.2 - Ficha de acompanhamento das gestantes - FRDAG

PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE REGISTRO DOS ATENDIMENTOS DA GESTANTE NO SISPRENATAL

1. Nome da unidade de Saúde		2. Código da Unidade no SISPRENATAL											
3. Nome do Município													
4. Código do Município no IBGE													
5. Sigla da UF													
6. Código da UF no IBGE													
Nº da gestante no SISPRENATAL	Data	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	HIV	Vacina anti-tetânica			Consulta Puerperal
										1ª dose	2ª dose	Reforço	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

Nome e matrícula do responsável pelo preenchimento: _____

* Preencher as quadriculas "Consulta Pré-Natal e Consulta Puerperal" com o código da atividade do profissional, conforme tabela:
 01 - Enfermeiro: 59 - Médico do PSF; 74 - Medicina Geral Comunitária; 84 - Médico/qualquer especialidade
 22 - Ginecologia; 60 - Enfermeiro do PSF; 76 - Enfermeiro do PACS; 79 - Enfermeiro obstetra;
 29 - Obstetrícia; 73 - Ginecologia/Obstetrícia

* No caso dos exames, assinalar com "x" quando o resultado for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou consulta naquele dia.
 * No caso de vacina anti-tetânica, assinalar com "x" de acordo com o Cartão de Imunização.