

Gestão de Serviços de Saúde

Laís Helena Ramos

MÓDULO POLÍTICO GESTOR

ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE
 da FAMÍLIA

Sumário

Gestão de Serviços de Saúde	195
Apresentação	199
Introdução	200
A Rede de Atenção à Saúde	202
Processo de trabalho	204
Ações de planejamento	207
Outras atividades próprias das Unidades Básicas de Saúde / Estratégia Saúde da Família	210
Gerente de Unidade Básica de Saúde com a Estratégia Saúde da Família	212
Referências	214
 Material Complementar	 215
Sistema de Informação e Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família	217
Relatório Consolidado de Famílias Cadastradas	218
Série Histórica das Informações de Saúde (SSA)	221
Série Histórica das Informações de Produção e Marcadores (PMA) .	226
Referências	230

Apresentação

Para analisar ou descrever serviços de saúde no Brasil, deve-se ter em mente que, quando se aborda qualquer dos seus níveis de competência, entende-se no âmbito de suas ações a base filosófica, doutrinária e operacional definida na Lei nº 8.080 de 1990.

Neste texto busco introduzir algumas reflexões sobre ações de gerenciamento de natureza técnico-assistencial que se operacionalizam no terreno da Atenção Básica e materializam os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pilares da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Trago subsídios de minha experiência pessoal, como enfermeira de saúde pública e como professora, relatando um trabalho de campo com alunos do 4º ano de graduação e de especialização.

Tenho a lembrança de inúmeros momentos históricos que atravessei nessa época, vivenciando sempre modificações legais e de concepções de modelos de saúde que quase nunca respondiam às necessidades reais da população.

Incluo também neste texto a oportunidade que tive de participar da implantação do Sistema Único de Saúde na capital paulista.

Introdução

Quero trazer para você – profissional de saúde do SUS –, ideias sobre a organização de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), com a Estratégia Saúde da Família (ESF), de forma dinâmica e real. Minha preocupação maior é transmitir a você, algumas características do gerenciamento vivido no desenvolvimento das ações do dia a dia.

A gestão de todos os processos de uma UBS de ESF é definida para um país por seu governo a partir da adoção de um paradigma de saúde. O nosso tem raízes na conhecida carta de Alma Ata, de 1979.

No Brasil, desse tempo até os dias de hoje, vários movimentos encabeçados por *experts* em saúde lutaram para obter uma mudança do modelo assistencial então vigente, que, como todos sabem, não respondia às necessidades de saúde da nossa população.

As diretrizes das ações desenvolvidas em nível local nascem no Ministério da Saúde (MS) como portarias, portarias especiais, documentos norteadores de programas etc. Passam por estrutura hierárquica das secretarias municipais, de coordenadorias e, finalmente, na Atenção Básica, se faz uso da tecnologia leve (MERHY, 1994), espaço destinado à transformação das ações definidas pelos princípios do SUS, artigo 3 da Lei nº 8.080/90.

Traduzindo: são ações de natureza definidas em nível cartorial que produzirão o cotidiano dos serviços de saúde, ou seja, em **cadastramentos da população, atendimentos, consultas médicas, de enfermagem, visitas domiciliares** e outros procedimentos que se estenderão ao território como respostas às especificidades e à dinâmica de vida das famílias.

Aqui entram os seguintes profissionais: agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem, e cada um com suas atribuições específicas e em equipe desempenhando seu trabalho. E tudo acontece a partir do trabalho em equipe – portanto dentro de uma interdependência profissional, que constitui o grande diferencial do processo de trabalho na ESF.

Esse movimento ocorre baseado em premissas gerenciais já sobejamente conhecidas, como a coordenação, às vezes usada erradamente, o planejamento, a previsão, a organização, o controle e a avaliação. São os clássicos princípios da administração científica utilizados com roupagem nova e que ainda dão conta da materialização dos procedimentos gerenciais adotados pelos profissionais na Atenção Básica.

Os serviços públicos de saúde têm proporcionado cada vez mais programas de sensibilização de profissionais de saúde, aumentando as demandas de profissionais mais preparados para os concursos públicos e as Organizações Sociais.

Nas universidades públicas, percebe-se um movimento nos cursos de pós-graduação *lato e stricto sensu*, que vai estimulando os jovens profissionais a estudar e a pesquisar o tema Saúde da Família, que possui inúmeras vertentes ainda não descobertas. O gerenciamento é uma delas.

Parece que todos nós nascemos sabendo administrar; apenas esquecemos que nos dias de hoje as ferramentas do gerenciamento moderno são específicas para cada empresa ou serviço.

Do ponto de vista da formação profissional, as Diretrizes Curriculares Nacionais para Formação de Profissionais na área da saúde, datada do ano de 2001 (sendo a nº 3, CNE/CES de 7 de novembro de 2001, específica para a enfermagem), determinam o estágio curricular da área de saúde coletiva com 400 horas a serem vivenciadas em UBS com ESF. As demais diretrizes também contemplam esse conteúdo, porém de forma menos contundente.

Durante esses anos, tenho percebido que vêm ocorrendo lentamente alterações na compreensão do “fazer” no processo de gerenciamento da ESF. Pesquisas têm mostrado que essas diretrizes vêm mudando a visão do aluno e propiciando uma compreensão mais ampliada do sistema de saúde e seus princípios, a complexidade das esferas gerenciais e de atendimento assistencial.

Importante destacar também a criticidade que o aluno de graduação vem adquirindo e diferenciando dos modelos centrados na doença e no médico para aquele que privilegia a família, a saúde da população e a qualidade de vida.

Outra constatação é a compreensão da lógica do trabalho em equipe (o processo de trabalho horizontalizado), proporcionando a visão gerencial mais integralizada, levando em conta as necessidades de aproximação do profissional com a comunidade. Observe:

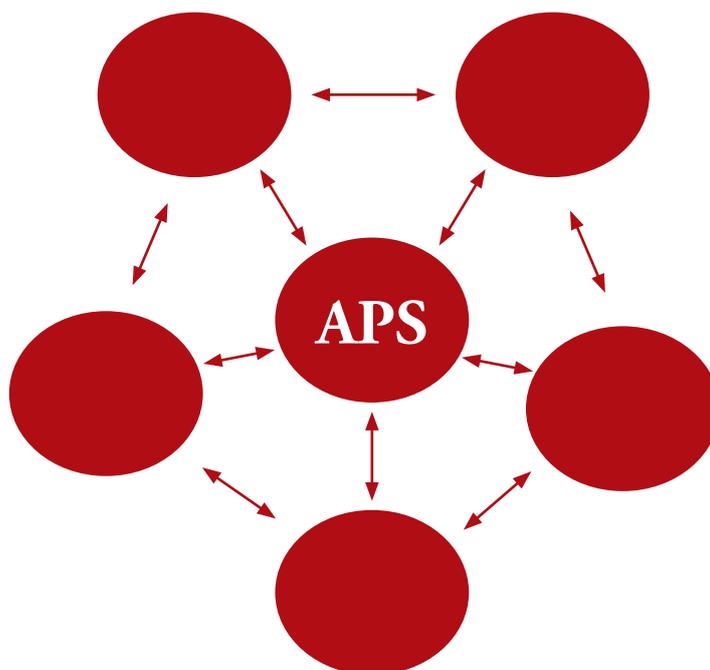


Figura 1 – Rede Horizontal de Atenção Primária à Saúde (APS) (SES, MG, 2008)

A Rede de Atenção à Saúde

A Rede de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Primária como centro, se organiza em:

- **Atenção Básica de Saúde (ABS):** compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, constituindo o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).
- **Atenção Média Complexidade:** é prestada por meio de uma rede de unidades especializadas de média complexidade, garantindo o acesso à população sob sua gestão (*ibidem*).
- **Atenção Alta Complexidade:** é a atenção à saúde de terceiro nível, integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade. É organizada por meio do sistema de referência (*ibidem*).

A Atenção Básica à Saúde deve ser orientada pelos seguintes princípios:

Princípios da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde	
Primeiro contato	Porta de entrada, de fácil acesso (organizacional e geográfico) ao cidadão.
Integralidade	Reconhecer e atender às necessidades de saúde da população e, quando necessário, referenciar para outros pontos de assistência da rede.
Orientação familiar	Conhecimento, pela equipe da APS, dos membros da família e dos seus problemas de saúde.
Longitudinalidade	Relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e cidadãos.
Coordenação	Compartilhamento de informações clínicas, nos diversos pontos da rede, possibilitando ao profissional da ABS acompanhar o cidadão.
Orientação comunitária	Controle social.

Figura 2 – Rede de Atenção à Saúde. (SES, MG, 2008)

No tocante à dinâmica do gerenciamento, a intenção é contribuir com você no sentido de ousar e tentar facilitar a compreensão do que foi dito anteriormente, ou seja, acoplar as bases do gerenciamento aos mais importantes princípios do Sistema Único de Saúde, além de alguns pressupostos pilares da ESF. Esse desenho gerencial conduz as ações voltadas à promoção da

saúde e ao desenvolvimento das pessoas na visão da longitudinalidade da ABS. Sobre esse ponto Starfield (2004) acrescenta:

(...) a atenção primária se diferencia dos outros níveis assistenciais por quatro atributos característicos: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Destes quatro atributos, a longitudinalidade tem relevância por compreender o vínculo do usuário com a unidade e/ou com o profissional. A população deve reconhecer a Unidade como fonte regular e habitual de atenção à saúde, tanto para as antigas quanto para as novas necessidades. Já o profissional deve conhecer e se responsabilizar pelo atendimento destes indivíduos. A longitudinalidade está fortemente relacionada à boa comunicação que tende a favorecer o acompanhamento do paciente, a continuidade e efetividade do tratamento, contribuindo também para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência (STARFIELD, 2004).

E então, quais princípios gerenciais destacaríamos nesta lógica citada?

A Unidade Básica de Saúde na ABS será a sede do desenvolvimento dos programas de saúde voltados à criança, à mãe e ao idoso na Estratégia Saúde da Família, que terá como foco principal a família, a comunidade, o ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde.

Esse modelo surge com características de um novo modelo de Atenção à Saúde, e não em substituição de ações continuístas, sempre lembradas pela insuficiência de recursos que atendam às plenas necessidades de saúde da população.

Os pressupostos do novo paradigma, entre outros, consideram a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde.

Nesse momento, aproveito para ressaltar a visão de integralidade no atendimento aos pacientes em nível secundário e terciário, demanda ainda não alcançada pelas estruturas organizacionais competentes nesses níveis.

O modelo assistencial de Saúde da Família, portanto, exige um tipo de gerenciamento diferente, humanizado, sensível e dinâmico, embora devamos levar em conta os mesmos itens de uma organização com objetivos a serem atingidos.

Importante notar que, na ABS, trabalharemos enfoques gerenciais, voltados aos conjuntos de dados epidemiológicos, sociais, estruturais, educacionais e de inter-relacionamento pessoal, com vistas à emancipação da população e à criação de vínculo.

Esse trecho faz-nos pensar que um gerenciamento humanizado, começaria pelo enfoque da gestão de pessoas, que significa a utilização de processo de trabalho visando o desenvolvimento delas, em qualquer nível.

Por outro lado, ressalta-se a especificidade da dinâmica administrativa de unidades na Estratégia de Saúde da Família, que deve ser considerada.

Processo de trabalho

O processo de trabalho se caracteriza pela horizontalidade gerencial, em que são desenvolvidas atividades assistenciais, educativas, burocráticas, gerência de equipe e demais serviços de natureza administrativa.

A horizontalidade gerencial se faz presente pela ausência de níveis hierárquicos, havendo uma preponderância do saber técnico sobre o hierárquico, o que pressupõe chefias e verticalidade.

Importante comentar que nesse processo de trabalho se define a macrogestão e a microgestão das equipes.

Essa definição de procedimentos, princípios e ações gerenciais, atendimentos assistenciais e treinamentos de profissionais será acoplada aos princípios do SUS que produzirão, por sua vez, situações ligadas aos pressupostos do gerenciamento, ou seja:



Figura 3 – Pressupostos do gerenciamento

ENTÃO, COMO O GERENCIAMENTO PODERÁ OBTER A MELHORIA DE QUALIDADE, NAS E PARA AS PESSOAS?

É UM GRANDE DESAFIO PARA NÓS QUE ACREDITAMOS NA ESF.

COMO SE DÁ A ACOPLAGEM DOS PRINCÍPIOS GERENCIAIS E OS PRINCÍPIOS DO SUS?

A EXPERIÊNCIA VEM ME MOSTRANDO QUE, MUITAS VEZES, OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UBS/ESF NEM SEMPRE ASSOCIAM A EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PRÓPRIAS DE SAÚDE COM OS PRINCÍPIOS (NEM GERENCIAIS E MUITO MENOS ESTES COM OS DO SUS).

SERÁ IMPORTANTE ESSA PERCEPÇÃO?

PARTICULARMENTE, PENSO QUE SIM. TENDO EM VISTA AS CARACTERÍSTICAS DOS ATRIBUTOS DA LONGITUDINALIDADE ANTERIORMENTE CITADOS, AS INTERVENÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DA ABS SE CONSTITUIRÃO EM PONTOS-CHAVE PARA ASSEGURAR O ATENDIMENTO DO PACIENTE DESDE O MOMENTO DA ENTRADA E PELO TEMPO QUE PERDURAR COMO USUÁRIO NA UBS.

A SEGUIR DEIXO ALGUMAS DEFINIÇÕES DE AUTORES SOBRE ADMINISTRAÇÃO DESDE O SÉCULO XX, QUANDO NASCEU A ADMINISTRAÇÃO CIENTÍFICA, SOMENTE PARA RELEMBRAR A BASE DO PROCESSO DE TRABALHO E DISCUTIR UMA FERRAMENTA FACILITADORA.

“O GERENCIAMENTO CONSISTE EM EXECUTAR TODAS AS ATIVIDADES PRÓPRIAS DE UMA ORGANIZAÇÃO EMPRESARIAL OU NÃO, COMO MEIOS PARA ALCANÇAR A EFICIÊNCIA E A EFICÁCIA E COM ISTO OBTER A SATISFAÇÃO DOS OBJETIVOS INDIVIDUAIS E ORGANIZACIONAIS.” (CHIAVENATO, 1999).

“O GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS EM NÍVEL LOCAL – UBS/ESF – SE DÁ POR MEIO DE PESSOAS DE VÁRIAS CATEGORIAS PROFISSIONAIS, TENDO COMO PRINCÍPIO A INTERDISCIPLINARIDADE E A COORDENAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DE NATUREZA, ASSISTENCIAIS, CLÍNICAS, EDUCATIVAS E GERENCIAIS, ATENDENDO AOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIAIS DA COMUNIDADE.” (REFLEXÃO DA MINHA PRÁTICA).

“AINDA, GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DIZ RESPEITO A UMA UNIDADE SOCIAL DELIBERADAMENTE CONSTRUÍDA PARA ATINGIR DETERMINADOS OBJETIVOS. RESULTA EM UMA COMBINAÇÃO DE PESSOAS, RECURSOS, UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES, QUE CONDUZAM AOS OBJETIVOS TRAÇADOS.” (JUNQUEIRA, 1990).

Voltemos, então, ao gerenciamento e discutamos os princípios administrativos que dão a forma concreta das ações, das premissas da ESF e dos princípios do SUS.

Envolve também os pressupostos importantes que fazem parte da ESF, como o acolhimento, o vínculo, a demanda organizada e alguns princípios do SUS, como o acesso, a integralidade, a resolutividade, a hierarquização, a regionalização e a descentralização.

Lembrem-se de que esses atributos envolvem decisões as quais deverão ser trabalhadas primordialmente com vistas a obter o empoderamento das pessoas, sua melhoria de qualidade de vida etc.

A escolha desses princípios deu-se pelo grande significado que têm em relação ao ato de gerenciar, isto é, exigem intervenções de profissionais capacitados, que exerçam a assistência, a gerência e ações educativas provenientes da população de uma UBS.

As atribuições dos profissionais que atuam na ESF estão definidas na portaria nº 648, documento 200 do MS. Esse documento norteia as ações a serem executadas pelos profissionais no gerenciamento da ESF perante sua população cadastrada, possibilitando entender melhor os “papéis” de cada integrante desta equipe, sejam médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem ou agentes comunitários de saúde. Confira a seguir.

Ações de planejamento

Adscrição da clientela

Uma equipe deverá ser responsável por uma área contendo de 600 a 1.000 famílias, com limite máximo de 4.500 habitantes. Esse critério deverá ser flexível, tendo em vista a diversidade sociopolítica e econômica das regiões. Deverá levar em conta a densidade populacional e a acessibilidade aos serviços.

É definida pela área territorial preestabelecida. Nesse processo, serão identificados os componentes familiares, as condições de moradia e saneamento e as condições ambientais da área onde a família está inserida. O vínculo entre a unidade de saúde e a equipe-agente inicia-se nessa etapa, que inclui:

- **Reconhecimento** da área territorial;
- **Cadastramento** da família;
- **Conhecer a realidade** das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- **Identificar os problemas** de saúde e situações de risco mais comuns aos quais aquela população está exposta.

Planejamento, resolutividade, prevenção e vigilância

- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocam a saúde em risco;
- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância nas diferentes fases do ciclo de vida.

Vínculo e acolhimento

- Valorizar a relação com o usuário e com a família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito.

Planejamento e assistência

- Realizar visitas domiciliares de acordo com o planejamento, sendo esta uma das intervenções que interferem na criação do vínculo.

Resolutividade, assistência e acolhimento

- Resolver os problemas de saúde do nível de Atenção Básica.

Acesso e hierarquização

- Garantir acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contrarreferência para os casos de maior complexidade ou que necessitem de internação hospitalar.

Assistência, integralidade e gerenciamento de demanda

- Prestar assistência integral à população adstrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalista.

Coordenação, organização e ações educativas

- Coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde.

Intersetorialidade; tentativa de formar rede de atendimento ampliado da demanda

- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfretamento conjunto dos problemas identificados.

Ações educativas com vistas à elucidação dos direitos à saúde da população; participação social

- Fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais.

Organização, acesso, vínculo e ações educativas

- Incentivar a formação e/ou participação ativa da comunidade no conselho local de saúde e no conselho municipal de saúde.

Organizar

- As estruturas técnicas, físicas e treinamento de pessoal.

Organizar a demanda

- O acolhimento da demanda organizada e espontânea.

Planejar, coordenar, executar e avaliar

- As visitas domiciliares.

Planejar, executar e avaliar; resolutividade

- As reuniões de equipe de saúde diárias e semanais, em que são discutidos assuntos relacionados à área de atuação da equipe.

Planejar e organizar

- A seleção de assuntos a serem tratados em reuniões de equipe.

Planejar, coordenar, executar e avaliar, educar; resolutividade, vínculo

- As consultas médicas e de enfermagem.

Planejar e organizar

- Reuniões de equipes administrativas semanais.

Planejamento e organização; supervisão

- Horário do atendimento à demanda espontânea.

Planejar, prover, organizar, supervisionar

- O acolhimento da demanda organizada.

Considerando o princípio da universalidade e do acesso, todos os pacientes que procuram a Unidade de Saúde deveriam ser atendidos em suas queixas e necessidades. Porém, devido às insuficiências dos nossos serviços de saúde, criou-se em algumas unidades um primeiro horário especial para não liberar pacientes portadores de alguns sinais e sintomas, organizando os demais horários de atendimento aos usuários, compatibilizando-os com a presença do médico e demais profissionais.

Tendo em vista a tentativa de responder a uma situação existente e que não é definida nem nos livros nem nos manuais das UBS, fica evidente a visão ampla da atividade gerencial que todo profissional da ESF deve adquirir no sentido de saber equacionar as necessidades desse tipo de atendimento.

Nesse tópico podemos analisar o acoplamento de princípios do SUS com os princípios do gerenciamento. Só para chamar a atenção, percebe-se que há tomada de decisão, organização, execução das ações assistenciais e gerenciais, supervisionando-as e também avaliando. Veja a seguir:

Planejar, executar e avaliar

- As visitas domiciliares.

Planejar, coordenar, supervisionar o andamento do planejado; executar e avaliar

- A seleção de assuntos a serem tratados em reuniões de equipe (os casos da área).

Planejar, prover, organizar e executar; supervisão e ações educativas

- Os treinamentos em serviço, quando necessários.

Outras atividades próprias das Unidades Básicas de Saúde / Estratégia Saúde da Família

Alguns programas são propostos pelo Ministério da Saúde (MS), ou mesmo pelos municípios, com o objetivo de assistir determinados grupos da população. Alguns deles possuem ainda um Sistema de Informação associado com a emissão de relatórios periódicos, permitindo assim melhor controle e avaliação da assistência prestada pela ESF. Entre eles podemos citar:

- Programa Mãe Paulistana;
- Remédio em casa;
- Bolsa Família;
- O Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde (SIGA) – agendamento, dispensação de insumos e medicamentos <<http://tutorial.saude.prefeitura.sp.gov.br/siga.html>>;
- Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);
- AMG (automonitoramento glicêmico) – fornecimento do glicosímetro e de insumos para os insulino dependentes;
- Planejamento familiar;
- Coleta de Papanicolau;
- Eletrocardiograma (ECG);
- Gerenciamento da sala de medicação e de inalação;
- Gerenciamento da sala de curativo;
- Responsabilidade pelo serviço de vigilância.

Segundo Starfield (2004), as práticas da Atenção Básica devem ser objeto de avaliação, visto ser esse nível de atenção a porta de entrada preferencial do usuário do SUS, responsável pela resolução de grande parte dos problemas apresentados. Obviamente, a qualidade da atenção é uma questão para todos os níveis de serviços de saúde, incluindo os de emergência e a atenção especializada.

Para terminar o tema, gostaria de lembrar algumas ideias sobre o processo de avaliação na saúde na gestão de serviços. Ele permeia toda a prática dos processos e até procedimentos, refletindo na tomada de decisão e facilitando a consolidação do trabalho na Estratégia Saúde da Família, e utiliza-se na rotina das equipes o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB),

como forte instrumento gerencial. O SIAB possibilita avaliar aspectos ligados às condições sociais, econômicas e demográficas da população, realizando um diagnóstico situacional local (os procedimentos realizados pelas equipes). Ele também permite o acompanhamento contínuo e a avaliação das atividades desenvolvidas, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Tenho na lembrança a fala de um aluno durante as discussões dos estágios em Centros de Saúde – era assim que se chamavam e respondiam por especialidades também: “Professora, esse centro é tão grande e complexo... Será que não se poderia trabalhar em equipe?”.

Hoje, além de meu amigo, esse ex-aluno é um professor muito bom de Saúde Mental.

Essa história serve para ilustrar que, na década 1970, se as autoridades fossem comprometidas com a saúde da população, hoje nossa saúde brasileira, com aproximadamente 30 mil equipes para atender quase 200 milhões de pessoas, estaria com a Estratégia Saúde da Família em quase todos os estados. E a Grande São Paulo teria mais equipes de saúde atendendo uma população de quase 20 milhões de habitantes, considerando quase todos os municípios.

Gerente de Unidade Básica de Saúde com a Estratégia Saúde da Família

No tocante aos gerentes, estes deverão adquirir um perfil de liderança situacional, cientes do seu papel de dirigir as atividades para desenvolver as pessoas e levá-las a realizar a contento suas responsabilidades no atendimento à população, ao paciente e à família.

O bom andamento dos acontecimentos corre em paralelo às atividades assistenciais, reuniões administrativas de equipe, estar a par do diagnóstico da comunidade e epidemiológico, visando à definição da necessidade da população em relação aos assuntos que requerem planejamento e execução das atividades educativas, assistenciais e gerenciais.

São condições imprescindíveis ao profissional que for gerenciar uma UBS de Saúde da Família:

- Saber lidar com uma gama de acontecimentos inesperados com usuários na UBS ou no domicílio;
- Relacionar-se com as equipes ampliadas interprofissionais;
- Estar a par de procedimentos médicos assistenciais;
- Intermediar possíveis conflitos em situações inter-relacionais.

As atividades inerentes ao gerente também incluem as ações previstas no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), hoje também chamado Equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), que atribui ao enfermeiro diversas atividades de gerenciamento, principalmente na condução dos ACS e profissionais de enfermagem na ESF.

A tarefa de gerir é comum ao médico, quando planeja ações voltadas para os ciclos de vida, bem como ao odontólogo, quando planeja ações voltadas à saúde bucal também nos ciclos de vida.

Portanto, embora cada profissional deva executar atividades de gerenciamento segundo suas especificidades, é necessário a todos conhecer os pressupostos da Estratégia Saúde da Família e como alcançá-los junto aos seus funcionários e à população.

O gerente desempenha o papel de harmonizar o trabalho dessa equipe multiprofissional, e a ESF deve participar ativamente dos processos de planejamento a fim de contemplar as necessidades da população e da equipe de trabalho.

A tentativa de descrever o gerenciamento em uma UBS/ESF próximo da realidade do dia a dia não existe em livros de administração. Essa tentativa é fruto de vivência e observação. Repito que nessas equipes, compostas por enfermeiro, médico, odontólogo, técnico de enfermagem e ACS, o

gerente deverá trazer ou desenvolver um perfil de liderança, conhecer bem os pressupostos da ESF e como alcançá-los junto aos seus funcionários e à população (como já citamos anteriormente). São requisitos mínimos para obter um ambiente de trabalho humanizado para alcançar a eficiência e eficácia.

Agradeço a atenção e espero tê-l@ ajudado!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Competência para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família: médico e enfermeiro**. Brasília, 2000.

CHIAVENATTO, I. **Gestão de Pessoas, o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

GIOVANELLA, L. A. **Longitudinalidade na atenção primária: avaliando os modelos assistências do SUS**. Departamento de Administração e Planejamento de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos Serviços de Saúde, **Caderno de Saúde Pública**, v. 6, n. 3, Rio de Janeiro, set. 1990.

MANUAL Técnico de Normatização das rotinas e procedimentos de Enfermagem nas UBS. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. CODEPPS-SP, 2006.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde. In CECÍLIO, L. C. O. (org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

STARFIELD, B. Qualidade dos serviços de atenção primaria de saúde. In: STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO. Ministério da Saúde do Brasil, 2004.

Material Complementar

Sistema de Informação e Gerenciamento na ESF

Joel Levi Ferreira Franco

MÓDULO POLÍTICO GESTOR

Sistema de Informação e Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família

Você já aprendeu alguma coisa a respeito dos Sistemas de Informação em uso na Atenção Básica, quando abordamos com mais detalhes o SIAB (Sistema de Informação na Atenção Básica) utilizado pela ESF. Porém, outro sistema muito importante é o SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS), que consolida informações relacionadas a procedimentos realizados.

Esse sistema é muito utilizado pela Equipe de Saúde Bucal (ESB), pois alguns indicadores dessa área são obtidos por meio dele. Um exemplo é a Primeira Consulta Odontológica, código nº 03.01.01.015-3, como sendo um indicador de acesso ao serviço.

Esses dois sistemas podem ser muito úteis no planejamento das equipes que atuam na Saúde da Família; o uso correto dos relatórios gerados pelo SIAB é muito importante no levantamento do perfil epidemiológico da área de cadastro, assim como o monitoramento das ações realizadas, seja por meio das visitas domiciliares feitas pelo ACS, seja pelas consultas médicas e de enfermagem.

Porém esse sistema apresenta uma limitação no que diz respeito às informações para a ESB, que aparecem em apenas dois momentos:

1º) no cadastro da ESB

- modalidade 1: composta por 1 odontólogo e 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), e
- modalidade 2: composta por 1 odontólogo, 1 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e 1 Técnico de Saúde Bucal (TSB);

2º) no Relatório da Série Histórica de Produção (PMA2), no qual constam os “Procedimentos coletivos”, que, se formos captar a partir do SIA/SUS, teremos os seguintes:

- **01.01.02001-5** – Ação coletiva de aplicação tópica de flúor gel;
- **01.01.02.004-0** – Ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica, e
- **01.01.02.003-1** – Ação coletiva de escovação dental supervisionada.

Mas considerando que o passo inicial para um planejamento é a identificação da realidade que se quer modificar, a informação que traga à tona esse parecer se torna imprescindível. Portanto, vamos, a partir de agora, visualizar alguns relatórios do SIAB que podem nos auxiliar na identificação de algumas situações que exijam mudança.

Relatório Consolidado de Famílias Cadastradas

O primeiro é o **Relatório Consolidado de Famílias Cadastradas**, que nos dá o perfil epidemiológico da população, mesmo antes de conhecê-la *in loco*; assim teremos uma “ideia” desse território. Veja no relatório a seguir alguns dados desta equipe. Para que você possa se situar, vamos falar um pouco mais desse território:

Esta Unidade possui 3 ESF; o local dispõe de saneamento básico, rede elétrica e coleta de lixo periódica; há áreas de invasão; lixo em alguns terrenos baldios; a população tem baixa renda; há duas escolas e três creches, transporte público de fácil acesso, um PA próximo (20 minutos de caminhada) e um hospital de fácil acesso.

Creio que você já esteja imaginando esse local, até porque deve ser parecido com o lugar onde trabalha, mas vamos aos exemplos. Esteja atento a identificar, no relatório da equipe 1, informações que seriam importantes para você como profissional de uma ESF ou ESB.

Exemplo 1: Considerando o número de crianças menores de 1 ano, quantas vagas devem ser disponibilizadas na agenda das equipes? Se pensarmos que essas crianças passam por consulta todo mês, o médico deverá disponibilizar 24 consultas e a enfermeira 24 consultas, no mínimo, e assim a ESB poderá pensar em que momento irá abordar essas crianças.

Exemplo 2: Considerando o número de mulheres de 10 a 19 anos (375) e o número de gestantes nessa faixa etária (8), temos o cálculo da taxa de gestação em 21,3 (nº de gestantes de 10 a 19 anos/nº de mulheres de 10 a 19 anos x 1000). Esse valor deve apresentar tendência decrescente, uma vez que o número de adolescentes grávidas no Brasil tem aumentado. A ESF deverá pensar em atividades relacionadas a esse tema.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE / DAB - DATASUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDEPÁG.: 1
VERSÃO: 6.1
DATA: 06/02/2010SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
CONSOLIDADO DAS FAMÍLIAS CADASTRADAS DO ANO DE 2010MUNICÍPIO: UBS IMAGINÁRIA
SEGMENTO: ALGUM - (ZONA URBANA)
EQUIPE: 2511 - EQUIPE 1

SEXO	FAIXA ETÁRIA (anos)										Total
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	
Masculino	21	112	69	115	192	158	534	150	133	95	1.579
Feminino	27	119	63	97	181	194	605	186	175	119	1.766
Número de Pessoas	48	231	132	212	373	352	1.139	336	308	214	3.345

FAIXA ETÁRIA (anos)	DOENÇAS REFERIDAS										FAIXA ETÁRIA (anos)		CONDIÇÃO REFERIDA	
	ALC %	CHA %	DEF %	DIA %	DME %	EPI %	HA %	HAN %	MAL %	TB %			GES %	
0 a 14	8	0,34	5	1	1	0,10	1	1	0,10	1	10 a 19 anos	8	8	
15 anos e mais	8	0,09	18	93	11	0,47	359		15,28	2	20 anos e mais	28	2,58	
Total	8	0,06	23	94	12	0,36	360		10,76	2	Total	36	2,47	

Nº DE FAMÍLIAS ESTIMADAS	%
Nº de famílias cadastradas	836
7 a 14 anos na escola	473
15 anos e mais alfabetizados	2.296
Pessoas cobertas c/ plano de saúde	114

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	Nº	%
Rede pública	802	95,93
Poço ou nascente	1	0,12
Outros	33	3,95

DESTINO DO LIXO	Nº	%
Coleta pública	817	97,73
Queimado/enterrado	4	0,48
Céu aberto	15	1,79

TIPO DE CASA	Nº	%
Tijolo/Adobe	811	97,01
Taipa revestida	2	0,24
Taipa não revestida	2	0,24
Madeira	1	0,12
Material aproveitado	17	2,03
Outros	3	0,36

DESTINO FEZES/URINA	Nº	%
Sistema de esgoto	710	84,93
Fossa	1	0,12
Céu aberto	125	14,95

TRAT. ÁGUA NO DOMICÍLIO	Nº	%
Filtração	445	53,23
Fervura	6	0,72
Cloração	70	8,37
Sem tratamento	315	37,68

DESTINO FEZES/URINA	Nº	%
Energia elétrica	826	98,80

Exemplo 3: Considerando o número de pessoas com diabetes e hipertensão e nesta equipe, com uma prevalência aproximada de 7% para diabetes e 26% para hipertensão (SCHIMIDT et al, 2009), o número está abaixo do esperado (fig. 1), obrigando a equipe a pensar estratégias para aumentar a captação desses clientes.

DOENÇAS REFERIDAS			
DIA %	DME %	EPI %	HA %
1 0,10		1 0,10	1 0,10
93 3,96		11 0,47	359 15,28
94 2,81		12 0,36	360 10,76

Figura 1

Exemplo 4: Considerando o número de crianças de 7 a 14 anos na escola (473 ou 80,85%) (fig. 2) e o número total de crianças nessa faixa etária (585), ao subtrair, teremos o número de crianças fora da escola (112). Esse valor está muito alto, sabendo-se que a Ficha A traz essa informação referida pelo ACS. O ACS visita as famílias e deverá também

Nº DE FAMÍLIAS ESTIMADAS		%
Nº de famílias cadastradas	836	
7 a 14 anos na escola	473	80,85
15 anos e mais alfabetizados	2.296	97,74
Pessoas cobertas c/ plano de saúde	114	3,41

Figura 2

atualizar a informação para alimentação no SIAB. Caso isso não seja feito, teremos um resultado falso com relação às crianças na escola. O que fazer então?

- 1º) Identificar em quais famílias temos crianças fora da escola, acessando o SIAB no seguinte caminho de relatório:

Relatórios > Busca ativa de doenças crianças e pessoas > crianças e pessoas > crianças de 7 a 14 anos fora da escola;

- 2º) Conferir as Fichas A dessas famílias e checar se estão ou não na escola. Finalmente, fazer as alterações necessárias e monitorar se as crianças restantes estão com acesso garantido à escola.

Você irá perceber vários problemas passíveis de intervenção neste relatório; citamos apenas alguns mais comuns, mas, de acordo com o seu conhecimento do território, será possível “enxergar” com mais clareza a realidade a ser modificada.

Série Histórica das Informações de Saúde (SSA)

O próximo relatório é a **Série Histórica das Informações de Saúde (SSA)**, que traz informações das visitas domiciliares do ACS. Neste relatório são digitados mês a mês os dados para a realização dos cálculos de Taxa e Porcentagem, utilizando o Consolidado de Famílias Cadastradas. Portanto, quando for necessário o número de pessoas em determinada faixa etária, o dado virá do sistema. É importante atentar-se na digitação do relatório, pois um simples erro pode comprometer a avaliação toda.

Vamos exemplificar algumas situações para que você possa identificar como este relatório pode ser usado na equipe.

Exemplo 1: Na primeira página (PÁG.: 1) deste relatório, temos informações relacionadas a *Nascidos Vivos e Óbitos*. No mês de junho, está anotado um óbito em crianças menores de 1 ano; o importante aqui é a confrontação dessa informação com o ACS. A equipe deve contextualizar essa informação para fins de investigação.

Exemplo 2: Na segunda página (PÁG.: 2), temos informações das gestantes em situação vacinal e aleitamento materno. Nesta equipe temos uma média de porcentagem de peso nas crianças menores de 1 ano de 88,68% (47 crianças). Considerando que todas elas devam passar por consulta, quem seriam essas crianças que não foram pesadas no mês? Seriam crianças que passaram em convênio e a mãe não apresentou a carteira de vacinação com a anotação de peso? É importante identificar quem são essas crianças junto ao ACS.

Como você pode ver, não há anotação de nenhuma criança menor de 2 anos com diarreia nem Infecção Respiratória Aguda (IRA), o que é de estranhar, tendo em vista ser um período sazonal em que são comuns. Será que o ACS está fazendo a pergunta correta? Ele tem claro qual é o conceito de diarreia na equipe?

Exemplo 3: Na terceira página (PÁG.: 3) do relatório, você poderá encontrar informações relacionadas às hospitalizações; um fato importante aqui é ver como o número de pessoas expostas à internação se repete ao longo dos meses. Você lembra que o cálculo de taxa é feito a partir do nº de eventos/nº de pessoas expostas ao risco do evento x o fator de base 10 (por 1.000, 10.000, 100.000 etc.)? Então, para sabermos a taxa de hospitalização, devemos olhar os dados do mês vigente. Nesta equipe tivemos 7 hospitalizações por todas as causas no mês de junho, representando 2,09 da população da equipe. Aqui a equipe também deve contextualizar todas as internações, como ocorre com os óbitos.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE / DAB - DATASUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDEPÁG.: 1
VERSÃO: 6.1
DATA: 06/02/2010SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
SÉRIE HISTÓRICA DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDEMUNICÍPIO: UBS IMAGINÁRIA
SEGMENTO: ALGUM - (ZONA URBANA)
EQUIPE: 2511 - EQUIPE 1

PERÍODO ANALISADO: 01/2010 A 06/2010

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	SOMA
Nº NASCIDOS VIVOS NO MÊS	4	4	4	1	3	2							18
RN PESADOS AO NASCER	4	4	4	1	3	2							18
% RN PESADOS AO NASCER	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00							100,00
COM PESO MENOR DE 2500 g	1	0	0	0	0	0							1
% BAIXO PESO AO NASCER	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							5,56
ÓBITOS DE < 28 DIAS				0	0								0
% ÓBITOS < 28 DIAS DO TOTAL				0	0								0,00
POR DIARREIA				0	0								0
% POR DIARREIA				0	0								0
POR IRA				0	0								0
% POR IRA				0	0								0
OUTRAS CAUSAS				0	0								0
% POR OUTRAS CAUSAS				0	0								0
ÓBITOS 28 DIAS A 11 MESES E 29 DIAS				0	0	1							1
% 28 DIAS A 11 MESES E 29 DIAS				0	0	100,00							100,00
POR DIARREIA				0	0								0
% POR DIARREIA				0	0								0,00
POR IRA				0	0								0
% POR IRA				0	0								0,00
OUTRAS CAUSAS				0	0	1							1
% POR OUTRAS CAUSAS				0	0	100,00							100,00
ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO				0	0	1							1
% ÓBITOS MENOR 1 ANO DO TOTAL				0,00	0,00	100,00							25,00
POR DIARREIA				0	0								0
% POR DIARREIA				0	0								0,00
POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA				0	0								0
% POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA				0	0								0,00
POR OUTRAS CAUSAS				0	0	1							1
% POR OUTRAS CAUSAS				0	0	100,00							100,00
ÓBITOS MULHERES EM IDADE FÉRTIL				0	0								0
% ÓBITOS MULHERES IDADE FÉRTIL				0,00	0,00								0,00
ÓBITOS MULHERES DE 10 A 14 ANOS				0	0								0
% ÓBITOS MULHERES 10 A 14 ANOS				0,00	0,00								0,00
ÓBITOS MULHERES DE 15 A 49 ANOS				0	0								0
% ÓBITOS MULHERES 15 A 49 ANOS				0,00	0,00								0,00
OUTROS ÓBITOS		1		0	0								3
% OUTROS ÓBITOS	100,00	100,00		0,00	0,00								75,00
TOTAL GERAL DE ÓBITOS	1	1		0	0	1							4
ÓBITOS DE 10 A 19 POR VIOLÊNCIA				0	0								0
% DE 10 A 19 POR VIOLÊNCIA				0,00	0,00								0,00
I.O.I. GLOBAL / 1000 NV				0,00	0,00	500,00							55,56
I.O.I. POR DIARREIA / 1000 NV				0,00	0,00	0,00							0,00
I.O.I. POR IRA / 1000 NV				0,00	0,00	0,00							0,00
I.O.I. POR OUTRAS CAUSAS/1000 NV				0,00	0,00	500,00							55,56

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE / DAB - DATASUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDEPÁG.: 2
VERSÃO: 6.1
DATA: 06/08/2010SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
SERIE HISTORICA DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDEMUNICÍPIO: UBS IMAGINÁRIA
SEGMENTO: ALGUM - (ZONA URBANA)
EQUIPE: 2511 - EQUIPE 1

PERÍODO ANALISADO: 01/2010 A 06/2010

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ	MÉDIA
Nº DE GESTANTES CADASTRADAS	38	36	31	32	37	36							35
MENORES DE 20 ANOS CADASTRADAS	9	9	7	8	7	11							9
% MENORES DE 20 ANOS	23,68	25,00	22,58	25,00	18,92	30,56							25,71
ACOMPANHADAS	38	36	31	32	37	36							35
% ACOMPANHADAS	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00							100,00
COM VACINA EM DIA	36	36	30	32	37	36							35
% COM VACINA EM DIA	94,74	100,00	96,77	100,00	100,00	100,00							100,00
CONSULTA DE PRÉ-NATAL NO MÊS	36	34	30	32	37	36							34
% CONSULTA DE PRÉ-NATAL NO MÊS	94,74	94,44	96,77	100,00	100,00	100,00							97,14
PRÉ-NATAL INÍCIO 1º TRIMESTRE	37	35	31	31	32	36							34
% PRÉ-NATAL INÍCIO 1º TRIMESTRE	97,37	97,22	100,00	96,88	86,49	100,00							97,14
Nº CRIANÇAS 0 A 3 MESES E 29 DIAS	11	8	11	14	9	11							11
ALEITAMENTO EXCLUSIVO	8	7	9	13	8	8							9
% ALEITAMENTO EXCLUSIVO	72,73	87,50	81,82	92,86	88,89	72,73							81,82
ALEITAMENTO MISTO	3	1	2	1	0	3							2
% ALEITAMENTO MISTO	27,27	12,50	18,18	7,14	0,00	27,27							18,18
Nº CRIANÇAS 0 A 11 MESES E 29 DIAS	54	52	49	52	56	56							53
COM VACINAS EM DIA	54	52	49	52	56	56							53
% CRIANÇAS C/ VACINAS EM DIA	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00							100,00
PESADAS	48	49	36	52	50	47							47
% PESADAS	88,89	94,23	73,47	100,00	89,29	83,93							88,68
DESNUTRIDAS	0	0	0	0	0	0							0
% DESNUTRIDAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
Nº CRIANÇAS 12 A 23 MESES 29 DIAS	45	55	47	49	59	57							52
COM VACINAS EM DIA	45	55	47	49	59	57							52
% CRIANÇAS C/ VACINAS EM DIA	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00							100,00
PESADAS	41	51	38	46	54	51							47
% PESADAS	91,11	92,73	80,85	93,88	91,53	89,47							90,38
DESNUTRIDAS	0	0	0	0	0	0							0
% DESNUTRIDAS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
Nº CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	99	107	96	101	115	113							105
< 2 ANOS QUE TIVERAM DIARREIA	0	0	0	0	0	0							0
% < 2 ANOS TIVERAM DIARREIA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
< 2 ANOS C/ DIARREIA USARAM TRO	0	0	0	0	0	0							0
% USARAM TRO	0	0	0	0	0	0							0
< 2 ANOS QUE TIVERAM IRA	0	0	0	0	0	0							0
% < 2 ANOS QUE TIVERAM IRA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE / DAB - DATASUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDEPÁG.: 3
VERSÃO: 6.1
DATA: 06/08/2010SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
SÉRIE HISTÓRICA DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDEMUNICÍPIO: UBS IMAGINÁRIA
SEGMENTO: ALGUM - (ZONA URBANA)
EQUIPE: 2511 - EQUIPE I

PERÍODO ANALISADO: 01/2010 A 06/2010

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	SOMA
HOSPIT. < 5 ANOS POR PNEUMONIA		0	0	0	0								0
PESSOAS MENORES DE 5 ANOS	279	279	279	279	279	279							279
TAXA HOSPITALIZAÇÃO EM MENORES DE 5 ANOS POR PNEUMONIA POR 1000		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
% HOSPITAL. PNEUMONIA EM < 5 ANOS		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
HOSP. < 5 ANOS POR DESIDRATAÇÃO		0	0	0	0								0
PESSOAS MENORES DE 5 ANOS	279	279	279	279	279	279							279
TAXA HOSPITALIZAÇÃO MENORES DE 5 ANOS POR DESIDRATAÇÃO POR 1000		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
% HOSPIT. DESIDRATAÇÃO < 5 ANOS		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
HOSPITALIZAÇÕES POR ABUSO DE ALCÓOL		0	0	0	0								0
PESSOAS DE 15 ANOS OU MAIS	2.135	2.135	2.135	2.135	2.135	2.135							2.135
TAXA DE HOSPITALIZAÇÃO EM 15 ANOS OU + POR ALCÓOL POR 1000		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
% HOSPITALIZAÇÃO POR ALCÓOL		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
HOSPITALIZACOES COMPLIC. DIABETES		0	0	0	0								0
DIABÉTICOS CADASTRADOS	172	92	90	91	94	94							106
% HOSPIT. DIABETES EM CADASTRADO		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
% HOSPITALIZAÇÕES POR DIABETES		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
HOSPITALIZAÇÕES TODAS AS CAUSAS	8	8	7	9	6	7							45
TOTAL DE PESSOAS	3.345	3.345	3.345	3.345	3.345	3.345							3.345
TAXA HOSPITALIZAÇÕES POR TODAS AS CAUSAS POR 1000	2,39	2,39	2,09	2,69	1,79	2,09							13,45
% HOSPIT. POR TODAS AS CAUSAS	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00							100,00
HOSPITALIZACOES HOSPI. PSIQUIÁTRICO		0	0	1	0								1
TOTAL DE PESSOAS	3.345	3.345	3.345	3.345	3.345	3.345							3.345
% HOSPITALIZAÇÃO PSIQ. CADASTRADO		0,00	0,00	0,03	0,00	0,00							0,03
% HOSPITALIZAÇÕES PSIQUIÁTRICOS		0,00	0,00	11,11	0,00	0,00							2,22
TOTAL DE HOSPITALIZAÇÕES	8	8	7	9	6	7							45

Na geração de uma quarta página do relatório, teríamos informações relativas ao acompanhamento dos grupos prioritários: Hipertensão Arterial (HA), Diabetes Mellitos (DM), Tuberculose (TB) e Hanseníase (HAN), e também o número de visitas domiciliares do ACS. Aqui é importante verificar o alcance das metas, principalmente TB e HAN. Esta equipe, digamos que, vem atingindo a meta de visitas na série histórica. Com relação às visitas domiciliares, é importante que a relação “Famílias Acompanhadas” (entenda-se cadastradas) e “Visitas Realizadas” seja maior ou igual a 1,0, sendo que maior indicará visitas de retorno na família. A equipe deverá acompanhar essa evolução ao longo dos meses. Vale ressaltar que, se essa relação não for de uma visita para cada família cadastrada, os outros indicadores não irão refletir a realidade do todo, senão das famílias visitadas; daí a importância de visitar todas as famílias cadastradas.

Série Histórica das Informações de Produção e Marcadores (PMA)

O próximo relatório é a **Série Histórica das Informações de Produção e Marcadores (PMA)**, que traz informações relativas à produção de procedimentos da equipe (consultas médicas por faixa etária, consultas de enfermagem, consultas por tipo de atendimento etc.). Vamos exemplificar algumas situações da nossa UBS Imaginária.

Exemplo 1: Na primeira página (PÁG.: 1), temos o número de consultas médicas por faixa etária e o número de consultas do médico e do enfermeiro por tipo de atendimento. Estas são informações úteis para que, em conjunto com o relatório de Cadastro Familiar, a equipe possa fazer o acompanhamento das consultas realizadas para essas famílias, desde que o profissional anote por “tipo de atendimento”, e não por “tipo de paciente”, ou seja, caso uma pessoa com hipertensão venha em consulta e esta não esteja relacionada à hipertensão, o profissional não irá constar como “consulta para hipertensão”; caso contrário, iríamos ter um número acima do esperado para este grupo de pacientes. Vamos analisar o número de pessoas com HA nesta equipe (360): se dividirmos por 12 meses, se considerarmos 2 consultas/ano, devemos ter 60 consultas/mês no mínimo; sendo assim, olhando o número de consultas para HA neste mês, temos 81 consultas; considerando a série histórica, o menor valor até o mês de julho é de 55 consultas. Que fatores podem estar ocasionando este número? Os pacientes estão passando várias vezes ou será que o número de hipertensos no cadastro está abaixo do real? O conhecimento da realidade do território pode trazer essas respostas. O mesmo raciocínio pode ser aplicado a outros grupos, sempre com base no cadastro familiar. Assim será possível à equipe planejar quantas vagas deverá disponibilizar na agenda mensal para os ciclos de vida.

Exemplo 2: Na segunda página (PÁG.: 2) deste relatório, temos informações a respeito do número de exames solicitados, encaminhamentos, procedimentos diversos e visitas da equipe. Aqui queremos salientar o número de exames solicitados, sendo que no mês de junho não houve solicitação nenhuma.

Lembre-se: este campo é importante para avaliar a resolução da consulta e o quanto a clínica do paciente é valorizada, uma vez que a solicitação desnecessária traz ônus ao sistema.

Consta neste relatório uma informação que seria utilizada pela ESB: o campo de “Procedimentos coletivos”, que, como citamos, seria a totalização de vários procedimentos deste grupo. Porém no município de São Paulo, por exemplo, este campo não é preenchido, pois as ESB possuem um instrumento de coleta à parte que contempla vários procedimentos do SIA/SUS. Planilhas como esta são criadas nos municípios para permitir a análise de vários indicadores na saúde bucal, sempre tomando como base os códigos de procedimento da Tabela SIA/SUS.

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE / DAB - DATASUS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
SERIE HISTORICA DA PRODUÇÃOPÁG.: 1
VERSÃO: 6.1
DATA: 06/08/2010MUNICÍPIO: UBS IMAGINÁRIA
SEGMENTO: ALGUM - (ZONA URBANA)
EQUIPE: 2511 - EQUIPE 1

PERÍODO ANALISADO: 01/2010 A 06/2010

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DEZ	TOTAL
1) CONSULTAS MÉDICAS RESIDENTES FORA DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA		0		0	2								2
2) CONSULTA EM < DE 1 ANO	48	0	19	23	28	50							120
CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO		48	48	48	48	48							48
MÉDIA DE CONSULTA EM < 1 ANO	0,00	0,00	0,40	0,48	0,58	1,04							2,50
CONSULTA DE 1 A 4 ANOS	231	0	23	24	24	37							108
CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS		231	231	231	231	231							231
MÉDIA DE CONSULTA DE 1-4 ANOS	0,00	0,00	0,10	0,10	0,10	0,16							0,47
CONSULTA DE 5 A 9	344	0	21	17	15	16							69
CRIANÇAS DE 5 A 9 ANOS		344	344	344	344	344							344
MÉDIA DE CONSULTA EM 5-9 ANOS	0,00	0,00	0,06	0,05	0,04	0,05							0,20
CONSULTA DE 10 A 14	373	0	9	9	6	3							27
CRIANÇAS DE 10 A 14 ANOS		373	373	373	373	373							373
MÉDIA CONSULTA EM 10-14 ANOS	0,00	0,00	0,02	0,02	0,02	0,01							0,07
CONSULTA DE 15 A 19	352	0	20	25	33	49							127
PESSOAS DE 15 A 19 ANOS		352	352	352	352	352							352
MÉDIA CONSULTA EM 15-19 ANOS	0,00	0,00	0,06	0,07	0,09	0,14							0,36
CONSULTA DE 20 A 39	1.139	7	79	85	88	133							392
PESSOAS DE 20 A 39 ANOS		1.139	1.139	1.139	1.139	1.139							1.139
MÉDIA CONSULTA EM 20-39 ANOS	0,01	0,01	0,07	0,07	0,08	0,12							0,34
CONSULTA DE 40 A 49	336	2	32	50	36	41							161
PESSOAS DE 40 A 49 ANOS		336	336	336	336	336							336
MÉDIA CONSULTA EM 40-49 ANOS	0,01	0,01	0,10	0,15	0,11	0,12							0,48
CONSULTA DE 50 A 59	308	2	59	103	85	57							306
PESSOAS DE 50 A 59 ANOS		308	308	308	308	308							308
MÉDIA CONSULTA EM 50-59 ANOS	0,01	0,01	0,19	0,33	0,28	0,19							0,99
CONSULTA DE 60 ANOS E MAIS	214	7	57	71	69	76							280
PESSOAS DE 60 ANOS E MAIS		214	214	214	214	214							214
MÉDIA CONSULTA EM 60 ANOS E +	0,03	0,03	0,27	0,33	0,32	0,36							1,31
TOTAL GERAL DE CONSULTAS	3.345	18	319	407	384	462							1.590
TOTAL DE PESSOAS	10,74	12,54	9,70	5,70	8,02	8,06							3,345
MÉDIA DE CONSULTAS NA ÁREA	0,37	0,01	0,10	0,12	0,11	0,14							0,48
3) TIPO DE ATENDIMENTO													
PUERICULTURA	29	40	58	28	43	55							253
% PUERICULTURA	10,74	12,54	9,70	5,70	8,02	8,06							8,74
PRÉ-NATAL	39	49	58	37	55	79							317
% PRÉ-NATAL	14,44	15,36	9,70	7,54	10,26	11,58							10,95
PREVENÇÃO CA CERVICOUTERINO		11	16	0	0	0							27
% PREV. CERVICOUTERINA		3,45	2,68	0,00	0,00	0,00							0,93
DST/AIDS	1	0	1	0	0	0							2
% DST/AIDS	0,37	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00							0,07
DIABETES	12	7	15	28	29	27							118
% DIABETES	4,44	2,19	2,51	5,70	5,41	3,96							4,07
HIPERTENSÃO ARTERIAL	55	65	94	93	90	81							478
% HIPERTENSÃO ARTERIAL	20,37	20,38	15,72	18,94	16,79	11,88							16,51
HANSENÍASE	0	0	0	0	0	0							0
% HANSENÍASE	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
TUBERCULOSE	1	2	5	3	5	3							19
% TUBERCULOSE	0,37	0,63	0,84	0,61	0,93	0,44							0,66

SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA
SÉRIE HISTÓRICA DA PRODUÇÃOMUNICÍPIO: UBS IMAGINÁRIA
SEGMENTO: ALGUM - (ZONA URBANA)
EQUIPE: 2511 - EQUIPE I

PERÍODO ANALISADO: 01/2010 A 06/2010

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
4) EXAMES COMPLEMENTARES		35	27	5	2	0							69
% PATOLOGIA CLÍNICA		194,44	8,46	1,23	0,52	0,00							4,33
% RADIOLOGIA CLÍNICA		25	12	5	4	0							46
% RADIO DIAGNÓSTICO		138,89	3,76	1,23	1,04	0,00							2,89
% CITO CERVICOVAGINAL		14	0	0	0	0							14
% CITOPATOL. CERVICOVAGINAL		77,78	0,00	0,00	0,00	0,00							0,88
% ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA		2	3	1	1	0							7
% ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA		11,11	0,94	0,25	0,26	0,00							0,44
OUTROS		20	21	94	41	0							176
% OUTROS		111,11	6,58	23,10	10,62	0,00							11,06
5) ENCAMINHAMENTOS													
% ATENDIMENTO ESPECIALIZADO		12	27	46	26	0							111
% ATENDIMENTO ESPECIALIZADO		66,67	8,46	11,30	6,74	0,00							6,97
% INTERNAÇÃO HOSPITALAR		0	0	0	0	0							0
% INTERNAÇÃO HOSPITALAR		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							0,00
% URGÊNCIA/EMERGÊNCIA		1	3	1	0	0							5
% URGÊNCIA/EMERGÊNCIA		5,56	0,94	0,25	0,00	0,00							0,31
6) INTERNAÇÃO DOMICILIAR		0	0	0	0	0							0
7) PROCEDIMENTOS													
% ATENDIMENTO ESPECÍFICO PARA AT		0	0	0	0	0							0
% VISITA DE INSPEÇÃO SANITÁRIA	756	720	729	835	838	833							4.711
% ATEN. INDIVIDUAL ENFERMEIRO	270	301	279	84	150	220							1.304
% ATEND. INDIV. PROF. NIV. SUPERIOR		0	0	0	0	0							0
% CURATIVOS	30	24	31	46	35	35							201
% INALACÕES	33	45	92	82	59	46							357
% INJEÇÕES	68	0	0	40	27	31							166
% RETRADAS DE PONTOS	5	6	8	7	8	4							38
% TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL		0	0	0	0	0							0
% ATEND. GRUPO EDUCAÇÃO EM SAÚDE	9	11	10	12	7	9							58
% SUTURA		0	0	0	0	0							0
% PROCEDIMENTOS COLETIVOS	0	0	0	0	0	0							0
% REUNIÕES	0	0	0	18	0	0							18
8) VISITAS DOMICILIARES													
% MÉDICO		0	14	13	6	0							33
% ENFERMEIRO	52	42	52	21	29	36							232
% OUTROS PROF. DE NÍVEL SUPERIOR		0	0	0	0	0							0
% PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	44	135	69	84	148	119							599
% ACS	756	720	729	835	838	873							4.751
TOTAL DE VISITAS	852	897	864	953	1.021	1.028							5.615

As ESB podem fazer uso do SIAB e seus relatórios, principalmente o Consolidado de Cadastro Familiar, uma vez que auxiliará no planejamento da agenda do odontólogo nos diversos ciclos de vida, pois o conhecimento epidemiológico da área de cadastro é importante no planejamento.

Agora que você já sabe um pouco mais sobre gerenciamento e como a informação pode subsidiar decisões, experimente em sua Unidade, com os relatórios da sua equipe, fazer a análise e elaborar um planejamento estratégico.

Referências

DATASUS: **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>>. Acesso em: 6 nov. 2010.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2006.

SCHIMDT, M. I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade autorreferida. **Revista Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 74-82, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao801.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2011.