

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

TATIANE CALDEIRA DOS SANTOS DE SALLES

Informação nas Equipes de Saúde da Família: Um exercício de planejamento local à
partir de uma matriz de indicadores de saúde

RIO DE JANEIRO

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

TATIANE CALDEIRA DOS SANTOS DE SALLES

Informação nas Equipes de Saúde da Família: Um exercício de planejamento local à
partir de uma matriz de indicadores de saúde

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de
Sá, como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Claudia Leite Moraes

RIO DE JANEIRO

2010

TATIANE CALDEIRA DOS SANTOS DE SALLES

Informação nas Equipes de Saúde da Família: Um exercício de planejamento local à
partir de uma matriz de indicadores de saúde

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de
Sá, como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profª Drª Claudia Leite Moraes
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Adriana Cavalcanti de Aguiar
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. José Ueleres Braga
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Aos meus pais, minha avó, meu
marido e a pequena Beatriz que está
chegando para nos trazer felicidade.

AGRADECIMENTOS

À Deus , pela força e por tantas bênçãos concedidas ao longo da minha vida;

Aos meus pais, Lourdes e Valdemiro, que me deram amor, apoio e que tanto me incentivaram. Eles me ensinaram o real sentido da palavra “família”. Ninguém pode dar presente maior a uma pessoa.

Ao meu marido Fabio, companheiro em todas as horas, meu maior incentivador neste Mestrado e cúmplice nos momentos de angústia e felicidade. Ao nosso anjinho que veio para nos unir ainda mais. Nossa família está completa.

À toda minha família pelas orações e pelo generoso apoio em todas as fases da minha vida ;

À Claudia Leite Moraes, pelo acolhimento e pela tolerância nos encontros. Não poderia ter orientadora melhor para esta dissertação. Por sua completa disponibilidade revelada nestes dois anos, apesar de tantas mudanças. Agradeço imensamente.

À Prof. Adriana Aguiar e ao Prof. José Ueles por terem aceitado participar da minha banca de qualificação com importantes sugestões e pela generosidade e paciência com os prazos finais;

Aos meus queridos professores do Mestrado pelos valiosos encontros e pelo incentivo em todos os momentos. Aos meus amigos de turma pelo prazer do convívio e a troca de experiências. A cada encontro ajudavam-me a dar corpo a esta dissertação. À Aline Luna, nosso apoio mais que administrativo. Só tenho a agradecer a dedicação com que cuidou de cada Mestrando;

À Luciene Cinti e Vagner, meus amigos inseparáveis do Mestrado, que através de suas contribuições me ajudaram a organizar esta pesquisa. Quero agradecer pela amizade e pelo apoio ao longo deste percurso.

À todos os amigos da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. À Elisabete Dorighetto que sempre acreditou que tudo daria certo. À Jaldeci, que ao me falar do Mestrado abriu a porta para que eu escrevesse esse capítulo da minha história profissional.

Aos amigos do GAT da CAP 5.1. Esta pesquisa certamente nasceu da seriedade com que fizemos Saúde da Família na área.

Aos amigos da CAP 5.2 que além de acreditarem nesta pesquisa, me ajudaram a superar as dificuldades que me fizeram chorar. Obrigada pela acolhida.

À equipe da CAP 5.1 que além de acreditar na minha vontade em querer fazer o melhor ainda me ajudaram nessa reta final da pesquisa. Meu especial agradecimento à Simone Costa, Marlúcia Rocha e Márcia Henriques.

À Rita Moura, Marcelo Menezes, Roberta Motta e Gisele Croccia. A seriedade com que colaboraram faz com sejam os meus principais parceiros nesta pesquisa;

À todos os meus amigos por respeitarem os momentos em que precisei me isolar para a elaboração dessa pesquisa;

À todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família que me ajudaram direta ou indiretamente na realização deste estudo. Obrigada pela confiança e pela troca de experiências.

“Nenhum pássaro voa alto demais, se voa com as próprias asas (William Blake).”

RESUMO

A apropriação da informação em saúde como subsídio para a tomada de decisão vem sendo enfatizada desde a criação do Sistema Único de Saúde. Na Estratégia Saúde da Família (ESF) isso se consolida com o reconhecimento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como principal instrumento de monitoramento das ações na equipe. Entretanto, em algumas equipes as discussões se limitam a avaliações de cobertura e aos turnos de consultas. Dentre as justificativas para o fato, destaca-se a escassez de material escrito sistematizado, voltado para o planejamento local das equipes da ESF, que os oriente na análise dos dados. Visando ampliar a utilização das informações pelas equipes, os objetivos dessa pesquisa foram: a) identificar um conjunto de indicadores pertinentes e facilitadores do planejamento local e tomada de decisão na ESF, a partir de uma análise crítica dos conteúdos nas propostas de monitoramento da Atenção Básica já existentes; b) produzir material instrucional que contemple as definições, método de cálculo, parâmetros de referência e utilização de cada um dos indicadores selecionados na etapa anterior; c) construir alguns cenários fictícios que propiciem a utilização deste material para a realização de diagnósticos locais de saúde a ser utilizado em futuras capacitações. Para o desenvolvimento do estudo foram relacionados os indicadores recomendados pelo SIAB, Pacto pela Saúde, RIPSA, e pela publicação Monitoramento na Atenção Básica de Saúde aplicáveis ao nível local, considerando atualidade e adequação ao objetivo do estudo. A partir da definição dos indicadores foi confeccionada uma matriz onde os mesmos foram agrupados em eixos temáticos. Na segunda etapa foi realizada uma oficina com 24 profissionais de 12 equipes da AP 5.2 para análise crítica do material, tendo em vista aplicabilidade e relevância no nível local, facilidade na obtenção dos dados, cobertura do preenchimento, atualidade das informações e qualidade do dado obtido e elaboração da versão final. Visando o aprimoramento do material instrucional e a avaliação de sua adequação ao planejamento local, duas equipes participaram da oficina de planejamento baseada em cenários fictícios que retratavam situações semelhantes às enfrentadas no dia a dia das equipes. A oficina foi gravada em MP3 e posteriormente transcrita. Através a análise de conteúdo, identificou-se os principais temas que emergiram da discussão. As equipes destacaram a importância do exercício para reflexão dos processos de trabalho. Identificou-se que os indicadores não relacionados à assistência são os menos reconhecidos pela equipe. Quanto às estratégias de ação, as equipes tiveram dificuldade em sistematizá-las, embora tenha se percebido uma tentativa de correlacionar teoria e prática. Neste importante momento de consolidação da ESF torna-se necessária a criação de estratégias que facilitem o uso racional das informações geradas nas equipes e a criação de fóruns de discussão acerca do tema, que estimulem uma atitude mais reflexiva das equipes frente às questões relacionadas ao planejamento local.

Palavras-chave: Informação em saúde. Indicadores de saúde. Planejamento Local.

ABSTRACT

The appropriation of health information as subsidy for decision making has been emphasized since the establishment of the Unified Health System. This is consolidated in the Family Health Program (FHP) by the recognition of the Primary Care Information System (SIAB) as the main instrument to monitor the actions in the team. However, in some teams the discussions are limited to coverage assessments and to consultations shifts. The shortage of systematized written material focused on the FHP teams' local planning to help them on data analysis is one of the reasons for this fact. Aiming at broadening information use by the teams, this research's goals were: a) to identify a set of relevant indicators and facilitators of the local planning and decision making in the FHP, from a critical analysis of the proposals contained in the existing Primary Care monitoring b) to produce instructional material that considers the definitions, the calculation methods, the benchmarks and the use of each one of the indicators previously selected c) to make up some fictitious scenarios that favor the use of this material to perform health local diagnoses to be used in future trainings. To develop the study, the indicators recommended by the SIAB, the Pact on Health, the RIPSIA (Interagency Network of Health Information), and the publication Primary Care Monitoring applicable to the local level, considering actuality and suitability to the study's goal have been listed. From the indicators' definition, a matrix, in which they were grouped into themes, was set out. A workshop involving 24 professionals from 12 teams from the AP 5.2 was held in the second phase to review the material with a view to applicability and relevance at the local level, promptness to obtain the data, filling out coverage, information actuality and quality of the data obtained and preparation of the final version. In order to improve the instructional material and the assessment of their suitability for local planning, two teams have taken part in the planning workshop based on fictitious scenarios that depicted situations which were similar to those daily faced by them. The workshop was recorded in MP3 and then transcribed. By means of the content analysis, the main themes that have emerged from the discussion were identified. The teams have highlighted the importance of the exercise for work processes reflection. It was identified that the indicators that are not related to health care are the least recognized by the team. The teams had difficulty in systematizing the action strategies, although there has been an attempt to correlate theory and practice. During this important moment of consolidation of the FHP it is necessary to create strategies to facilitate the rational use of information conceived by the teams and to create discussion forums on the topic, which encourage the teams to show a more reflexive attitude concerning the questions related to the local planning.

Key words: Health information. Health indicators. Local planning

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição etária da população residente na comunidade Vale das Palmeiras, 2009.	117
Tabela 2 Distribuição das famílias do Vale das Palmeiras segundo renda familiar, 2009	118
Tabela 3: Quantitativo de VD realizadas pelos profissionais em 2009.....	119
Tabela 4 Distribuição etária da população residente na comunidade Jardim da Paz, 2009.	123
Tabela 5: Distribuição da situação profissional dos cidadãos maiores de 15 anos segundo sexo, 2009	123
Tabela 6: Distribuição do nº de hipertensos e diabéticos cadastrados em relação ao acompanhamento dos ACS em dezembro de 2009.....	125
Tabela 7: Dados relacionados à Saúde da Criança no PSF Jardim da Paz, dezembro de 2009	125

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Número de indicadores antes da avaliação do GT e após a atribuição das notas.....	97
Quadro 2: Indicadores identificados no cenário pela equipe 1 em relação ao gabarito do exercício.....	129
Quadro 3: Indicadores identificados no cenário pela equipe 2 em relação ao gabarito do exercício.....	130

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AP – Área Programática

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CAP – Coordenação de Área Programática

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CIEZO – Conselho das Instituições de Ensino da Zona Oeste

DM – Diabetes Mellitus

DNV – Declaração de Nascidos Vivos

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESB – Equipe de Saúde Bucal

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GAT – Grupo de Apoio Técnico

GIL – Gerenciador de Informações Locais

GSF – Gestão de Saúde da Família

GT – Grupo de Trabalho

HA – Hipertensão Arterial

HS – Health Solutions

IDB – Indicadores e Dados Básicos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMA2 – Produção e Marcadores de Avaliação da Área

PSF – Programa de Saúde da Família

R.A – Região Administrativa

RH – Recursos Humanos

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SMS-RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SMSDC-RJ – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro

SI – Sistema de Informação

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIPACS – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SSA2 – Situação de Saúde das Famílias da Área

SUS – Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TSB – Técnico de Saúde Bucal

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 INFORMAÇÃO EM SAÚDE	20
1.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	21
1.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	23
1.3.1 Sistemas de Informação para o Monitoramento da ESF	27
1.3.1.1 Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)	27
1.3.1.2 Os Sistemas de Informação do PSF no município do Rio de Janeiro	31
1.4 A UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO NA ESF	34
1.5 PLANEJAMENTO LOCAL EM SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE COMO FERRAMENTAS PARA O DIAGNÓSTICO	36
2 JUSTIFICATIVA	46
3 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	48
3.1 GERAL	48
3.2 ESPECÍFICOS	48
4 PROCEDIMENTOS E MÉTODOS	50
4.1 SELEÇÃO DO PRIMEIRO CONJUNTO DE INDICADORES	50
4.2 SUBMETENDO A MATRIZ AO GT DA INFORMAÇÃO	51
4.2.1 ORGANIZAÇÃO DA OFICINA DE TRABALHO E ANÁLISE DOS DADOS	51
4.2.2 Critérios para seleção dos indicadores para construção da matriz final	54

4.3	ELABORAÇÃO DOS CENÁRIOS PARA O EXERCÍCIO	55
4.4	TESTANDO A MATRIZ DE INDICADORES E OS CENÁRIOS	55
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	57
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
5.1	MATRIZ INICIAL E NOTAS ATRIBUÍDAS PELO GT	58
5.2	DISCUSSÃO DA MATRIZ	86
5.2.1	Fontes de dados e relatórios disponíveis	87
5.2.2	Consolidação dos dados e discussão em equipe	88
5.2.3	ACS como veículo da informação	90
5.2.4	Supervisão do trabalho dos Agentes	91
5.2.5	Organização do Processo de Trabalho	92
5.2.6	Atualização dos dados	94
5.2.7	Educação Permanente	95
5.3	MATRIZ DE MONITORAMENTO FINAL	96
5.4	OS CENÁRIOS PROPOSTOS PARA A REALIZAÇÃO DE EXERCÍCIOS DE PLANEJAMENTO LOCAL NA ESF	115
	CENÁRIO 1	115
	CENÁRIO 2	121
5.5	EXERCÍCIO DE PLANEJAMENTO NAS EQUIPES	128
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
	APÊNDICE A	139
	APÊNDICE B	142

APÊNDICE C _____ **144**

ANEXO A _____ *Erro! Indicador não definido.*

APRESENTAÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se operacionaliza no Brasil através da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 trazendo um novo desafio para os trabalhadores de saúde; o de rever sua prática diante de novos paradigmas.

Essas novas práticas sanitárias estão centradas nos princípios do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação popular, conseqüentemente, a reformulação dos conceitos de saúde, doença, população e práticas em saúde.

Entende-se que na ESF as práticas de saúde vão além de intervenções curativas, devendo ser direcionadas não só para atender, mas para prevenir a doença e promover a saúde. As ações são estendidas para e junto à comunidade, assumindo o desafio de promover a reorganização da prática assistencial (Freitas e Pinto, 2005).

Para tanto, a ESF estrutura-se em uma unidade de saúde, com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população, em território definido, onde desenvolve suas ações. O programa procura integrar-se a uma rede de serviços, de forma que seja garantida a atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando-se a referência e a contra-referência para os diversos níveis do sistema a partir de problemas identificados.

A multiplicidade de ações e serviços propostos pelo PSF diferentes dos programas de intervenção sobre ações específicas (Programa de Redução da

Mortalidade Infantil, Programa de Humanização do Parto e da Atenção Pré-Natal, por exemplo) apresenta múltiplos efeitos potenciais para serem pesquisados.

Em relação aos problemas de saúde a serem priorizados, o espectro abarca as doenças imunopreveníveis, a desnutrição, dentre outros, habitualmente atendidos nas unidades básicas de saúde, incluindo ainda na agenda, aspectos nunca abordados neste nível de atenção, tais como violência, uso de drogas, dinâmica familiar. Mas os seus efeitos também se dão sobre a organização dos serviços de saúde, o controle social e a promoção de saúde (Medina e Aquino, 2002).

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) desenvolvido pelo DATASUS (Brasil) em 1988 é uma importante ferramenta no monitoramento desses problemas de saúde, além de facilitar o acompanhamento das famílias e o processo de trabalho dos profissionais ESF.

O Sistema permite ainda o gerenciamento das informações obtidas nas práticas assistenciais permitindo a equipe e aos gestores conhecer as condições de vida da população, além de ter a possibilidade de avaliar os serviços de saúde que são oferecidos (Brasil, 1998).

Nestes mesmos moldes, o município do Rio de Janeiro desenvolveu um Sistema de Informação (SI) próprio chamado Gestão de Saúde da Família (GSF) que “alimenta” o SIAB Ministério da Saúde e permite um melhor detalhamento das informações das famílias acompanhadas.

Entretanto, apesar da diversidade de informações geradas, de maneira geral, observa-se que elas ainda são pouco utilizadas no processo de tomada de decisões.

Tal fato pode ser atribuído a diversos fatores, dentre os quais, o precário conhecimento sobre a grande diversidade de informações disponíveis; a

insuficiência de recursos humanos qualificados disponíveis para o processo de análise das informações; pela ausência de mecanismos para processar e assegurar sua disponibilidade em formato e momento adequados e por problemas na sua qualidade (Mota e Carvalho, 2003).

Visando ajudar os profissionais de saúde das equipes da ESF na apropriação das informações geradas através dos instrumentos e relatórios disponíveis este estudo tem como objetivos (a) Estabelecer um conjunto de indicadores que facilitem o planejamento local e a tomada de decisão na ESF; (b) Produzir material instrucional que contemple as definições, método de cálculo, parâmetros de referência e utilização de cada um dos indicadores selecionados na etapa anterior, (c) Construir dois cenários fictícios que propiciem a utilização deste material para realização de diagnósticos locais de saúde a ser utilizado em futuras capacitações; (d) A partir das informações contidas na matriz de indicadores e nos cenários criados na etapa anterior, propor um exercício de diagnóstico e planejamento.

O texto divide-se em onze seções. Inicialmente, será fornecida uma breve conceituação do termo informação e a importância deste na tomada de decisão no nível local e proposição de políticas públicas no âmbito da saúde. Na seção seguinte são discutidos alguns conceitos de Sistema de Informação em Saúde. Na terceira seção apresenta-se um panorama dos Sistemas de Informação em Saúde em vigor no Brasil e suas principais características apresentando o SIAB e sua aplicabilidade na ESF e destacando também um breve histórico dos Sistemas de Informação utilizados no município do Rio de Janeiro. A seguir, procura-se discutir a importância da utilização da informação na Estratégia de Saúde da Família. A quinta seção apresenta importância dos indicadores para o monitoramento do estado de saúde das populações e a utilização destes no planejamento local em

saúde. A sexta seção apresenta a justificativa do projeto, principalmente a escassez de publicações específicas para a ESF e a aplicação desse material como facilitador no planejamento e programação em saúde nas equipes. Nas sétima e oitava seções abordam-se os objetivos gerais e específicos e os procedimentos e métodos do estudo, respectivamente. Na nona seção destacam-se os resultados da discussão da matriz e a matriz de monitoramento final, além dos cenários propostos e o do resultado do exercício de planejamento realizado pelas equipes. Na penúltima seção são destacadas as considerações finais e contribuições do estudo. Na última são apresentadas as referências utilizadas para elaboração desta pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

1.1 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

As palavras “informação” e “dado” usualmente são utilizadas como sendo sinônimos. Para melhor compreensão deste estudo faz-se necessário essa distinção, apresentada por alguns autores como (Laurenti, Lebrão *et al.*, 2005); (Branco, 2006) e (Moraes e Gómez, 2007).

Dados são elementos, matéria-prima, valores quantitativos ou qualitativos obtidos para caracterizar um fato, que ao serem submetidos a determinadas elaborações, interpretações vão gerar informações.

A palavra “informação” traz em si a idéia de fazer conhecer, tornar-se público e consiste em etapa fundamental para a decisão e conseqüente ação. (Carvalho, 2000) define informação como sendo “o conjunto de dados que, se fornecido sob a forma e tempos adequados, melhora o conhecimento da pessoa que o recebe, e a habilita a desenvolver melhor determinada atividade, ou tomar decisões melhores.

Outra definição bastante objetiva traz a idéia de que a informação representa uma realidade com vistas a entender e/ou explicar situações e problemas, para possibilitar intervenções (Mota e Carvalho, 2003).

A informação em saúde consolida-se como um dos instrumentos estratégicos que amplifica o olhar do médico sobre o corpo do paciente para o olhar dos aparelhos de Estado para o corpo das populações, constituindo-se em um espaço de disputa da relação de poder e produção de saberes (Moraes e Gómez, 2007).

Além disso, tem papel fundamental na avaliação e planejamento das ações e serviços de saúde. Isto porque permite o conhecimento da realidade local através do perfil da clientela, subsidia a proposição de políticas públicas para o setor saúde, permite avaliar o impacto das ações de saúde em um determinado serviço, além de permitir ao gestor o acompanhamento da produção de serviço dos profissionais de saúde (Tavares e Takeda, 1996).

A informação sobre a avaliação da situação de saúde deve ser disponibilizada e utilizada pelos próprios usuários dos serviços de saúde, os quais, por meio de instâncias de controle social (como o Conselho Municipal de Saúde, por exemplo), podem interferir mais efetivamente nas decisões setoriais a serem tomadas.

Para tanto é preciso não descaracterizar o contexto em que esta comunidade está inserida. Em determinados discursos a ‘informação em saúde’ é trabalhada como recurso (matéria-prima) que agrega valor a produtos e processos, negando sua vinculação a um determinado contexto histórico, político-social-econômico (Moraes e Gómez, 2007).

1.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Sistemas de Informação (SI) são Sistemas que permitem a coleta, o armazenamento, o processamento, a recuperação e divulgação de informações. Hoje, quase sem exceção, os SI baseiam-se no computador, e apóiam as funções operacionais, gerenciais e de tomada de decisões (Carvalho, 2000).

França (2001) resume Sistema de Informação como sendo o processo utilizado para transformação de dados em informações, composto de coleta armazenamento, recuperação e processamento, com a finalidade de subsidiar os serviços e os indivíduos, utilizando práticas e tecnologias que permita a execução das ações.

Evidentemente quando se fala em dados, está se pressupondo a boa qualidade dos mesmos. Caso contrário estaria afetada a fidedignidade das informações, o que levaria a interpretações falsas em epidemiologia e administração (Laurenti, Lebrão *et al.*, 2005).

Para tanto a utilização do SI deve estar acompanhada de uma discussão permanente sobre a qualidade dos dados e informações geradas. É preciso conhecer cada parte do sistema, monitorar processos e resultados, ter informações confiáveis e atualizadas que são fundamentais para construção de políticas e práticas de gestão (Schout e Novaes, 2007).

Na saúde, os SI têm sido desenvolvidos para serem utilizados na gestão e no nível local enquanto instrumentos de reorganização, definição e priorização das ações de saúde. Além disso, as informações produzidas devem possibilitar ainda a promoção da qualidade técnica e científica dos serviços, da eficiência e otimização da relação custo-eficácia e, a melhoria das condições de saúde da população (Mota e Carvalho, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um conjunto de componentes que atua de forma integrada por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los

em informações para aqueles que planejam, financiam, provêem e avaliam os serviços de saúde (apud (França, 2001).

Nesse sentido a qualidade dos dados e o cuidado na interpretação são essenciais para que seu uso seja válido e as decisões possam contribuir para mudanças na realidade apresentada.

1.3 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Com a consolidação da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve a necessidade de uma melhor estruturação dos SIS no Brasil. Isto era fundamental para que assegurassem o monitoramento integral do cidadão, a avaliação da saúde da população e os resultados alcançados nos serviços, condição fundamental para o repasse dos recursos (Silva, 2005).

O desenvolvimento e a implantação de novos SIS no país permitiram diferentes desdobramentos. Dentre estes, destacam-se a transformação dos processos de registro e armazenamento de informações do papel para o meio eletrônico e o seu crescimento exponencial e a inclusão de novos usuários das informações representados pelos pacientes e consumidores. Além do uso das informações no planejamento e na pesquisa, não somente no nível local, mas também no nível regional e nacional, tanto dentro, como fora das instituições ligadas aos serviços de saúde e instituições acadêmicas (Schout e Novaes, 2007).

O SUS conta com diversos SI, gerenciados pelo Ministério da Saúde, que contemplam informações dos diferentes níveis de atenção (primário, secundário e

terciário). Os Sistemas cobrem não só as ações assistenciais nos níveis ambulatorial e hospitalar, como também informações sobre dados vitais (nascimentos e óbitos) e as que subsidiam a vigilância em saúde (Soares, Andrade *et al.*, 2001). Entre eles destacam-se (Datusus, 2008):

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade que tem como instrumento de coleta dos dados a Declaração de Óbito (DO). É gerenciado em nível nacional pela Secretaria de Vigilância em Saúde. É o Sistema mais antigo, criado em 1975, sendo um dos mais utilizados para avaliação do nível de saúde.

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos que tem como instrumento de coleta a Declaração de Nascido Vivo (DNV) emitida pela maternidade (na maioria dos casos) no momento do nascimento. Também é gerenciado em nível nacional pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação que tem como instrumentos de coleta de dados o Boletim de Notificação e a Ficha de Investigação (FI). Também é gerenciado em nível nacional pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

SIA – Sistema de Informação sobre Serviços e Atendimentos Ambulatoriais que tem como instrumento de coleta de dados o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). É gerenciado pela Secretaria de Assistência à Saúde.

SIH – Sistema de Informação de Internações Hospitalares que tem como instrumento de coleta de dados a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). É gerenciado pela Secretaria de Assistência à Saúde.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica que produz informações a partir do cadastro e acompanhamento das famílias na Estratégia Saúde da Família.

É gerenciado pela Secretaria de Políticas de Saúde/ Departamento de Atenção Básica.

A maioria desses Sistemas trabalha com alto nível de agregação de dados, produzindo estatísticas que visam apoiar o processo de tomada de decisão a nível nacional. Tais Sistemas fornecem subsídios aos gestores do setor também para a mobilização de recursos e análise das condições de saúde da população (França, 2001).

Vale ressaltar que esta análise só vem sendo possível a partir dos avanços da informática que, além da ampliação do acesso, permitiram a divulgação das informações em tempo hábil às tomadas de decisões. A informatização dos serviços de saúde, a Internet e a disponibilidade de portais de livre acesso governamentais aumentaram de forma extraordinária essas possibilidades de monitoramento e comparação.

Com o aumento da produção de dados em um tempo mais curto, aumentam-se as expectativas de que todas as atividades dos serviços e políticas de saúde sejam fundamentadas nas informações geradas (Schout e Novaes, 2007). Percebe-se com isso que o nível de exigência para que os Sistemas sejam incorporados pelos profissionais é crescente nos serviços. Entretanto, a forma como a implantação dos Sistemas acontece nos serviços de saúde, muitas vezes para atender a uma necessidade da gestão, pode contribuir para não apropriação dessa tecnologia por parte dos profissionais.

Tal fato pode ser explicado por algumas características dos Sistemas de Informação em funcionamento no Brasil descritas por Moraes e Tasca et al. (1995) apud (Silva e Laprega, 2005). Os autores apontam um elevado nível de centralização e fragmentação, na medida em que a maior parte do processamento e

análise de dados se dá no nível central; exclusão e distanciamento do nível local e ausência de mecanismos que possam avaliar a qualidade dos dados informados. Reforçam a necessidade de haver uma boa infra-estrutura de informática, ressaltando a importância de sua manutenção preventiva e agilidade na correção de reparos, além da necessidade de maior participação da comunidade na geração e no uso da informação. Os autores destacam ainda, que vem sendo dada uma maior ênfase aos dados “médicos”, centrados na doença, em detrimento das informações sobre o perfil da população, e que a incompatibilidade entre os diversos Sistemas vigentes limita e dificulta a agregação e comparação de dados.

Esses diferentes Sistemas que transitam no cenário da saúde no Brasil são constituídos por diferentes setores/ programas que ao criarem seu próprio sistema e sua própria padronização, reforçam a dispersão da informação e fragilizam sua identidade institucional, epistêmica e sua potência de ação política (Moraes e Gómez, 2007).

Para corrigir tais situações é preciso atentar para uma abordagem também mais integrada entre os gestores de saúde, para que se apropriem das questões estratégicas de todos os Sistemas e possam convergir seus olhares conseguindo extrair informações de qualidade para subsidiar seu processo decisório.

Outra dificuldade vivenciada na prática dos profissionais que lidam com as a geração de informações nos serviços de saúde é que as práticas de informação em saúde, muitas vezes, são tratadas como “academicismo”, teoria desvinculada do mundo real. Essa justificativa é apresentada por alguns gestores para não inclusão do assunto na pauta dos fóruns decisórios políticos. A temática da informação e informática em saúde permanece como uma caixa-preta na mão de alguns *experts* (Moraes e Gómez, 2007).

Tais dificuldades podem ser explicadas e/ou motivadas por diferentes questões, dentre os quais se destacam as barreiras estruturais ainda existentes – de ordem cultural, política e administrativa – para que os gestores de saúde priorizem a produção de evidências e nelas baseiem o planejamento de sua ação. Por sua vez, os segmentos técnicos do setor não desenvolvem métodos de tratamento da informação apropriados à gestão. Resulta que as decisões políticas seguem prescindindo de informação sistematizada, o que, por sua vez, reduz ainda mais o sem estímulo para investir na melhoria da informação (Júnior, 2006).

1.3.1 Sistemas de Informação para o Monitoramento da ESF

1.3.1.1 Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

O SIAB foi desenvolvido em 1998 pelo DATASUS a pedido da Coordenação de Saúde da Comunidade, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), como sistema especial para gerenciamento das informações obtidas nas visitas às comunidades (Brasil, 1998).

Para tanto, o SIAB incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, o que fez com que assumisse características distintas dos demais Sistemas existentes.

É certo que a denominação de Sistema de Informação da “Atenção Básica” não traduziu de forma adequada a sua abrangência. Ainda que fosse dada a possibilidade de sua utilização para locais que apresentassem um modelo de organização de atenção básica diferente do utilizado no Programa, na prática sua utilização restringiu-se às áreas de abrangência do Saúde da Família (Medina e Aquino, 2002).

A micro-espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções; a utilização mais ágil e oportuna da informação; a produção de indicadores a partir da identificação de problemas e a consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregados são algumas dessas características que significaram avanços concretos no campo da informação em saúde (Datusus, 2008).

O SIAB foi criado com o propósito de subsidiar as três esferas administrativas do SUS – municipal, estadual e federal - com informações, visando à agilidade e consolidação dos dados coletados (Freitas, 2005). O sistema é composto por um programa de computador (software), por instrumentos de coleta de dados (Ficha A, B, C, e D) e instrumentos de consolidação dos dados (A1, A2, A3, A4, SSA2, SSA4, PMA2, PMA4) (Brasil, 1998).

A Ficha A é a ficha de cadastro das famílias. Esta é preenchida pelo Agente Comunitário de Saúde nas primeiras visitas domiciliares por ocasião do mapeamento da população adscrita à equipe. Possui informações sobre o número de membros da família e suas condições sócio-econômicas, condições de saúde referida e condições do domicílio. Esta ficha é atualizada sempre que necessário e deve estar disponível para consulta de toda a equipe de saúde.

As Fichas B e C (fichas de acompanhamento) são utilizadas por toda a equipe de saúde para o acompanhamento dos grupos considerados prioritários. A primeira envolve as ações direcionadas aos hipertensos, diabéticos, gestantes, portadores de hanseníase e portadores de tuberculose. Já a Ficha C relaciona as informações relativas à situação de saúde das crianças menores de dois anos, sendo um cartão “espelho” da Caderneta de Vacinação da Criança do Ministério da Saúde.

Finalmente a Ficha D – Registro de Atividades, Procedimentos e Notificações– é a dirigida ao registro diário de procedimentos e consultas dos profissionais de saúde através da quantificação do tipo de atendimento realizado, consultas médicas por faixa-etária, solicitação de exames, notificações, entre outros.

Para consolidação anual das famílias cadastradas estão disponíveis os Relatórios A1, A2, A3 e A4 que agregam informações da ficha de cadastro para que se conheça o perfil da comunidade adscrita.

Quanto ao monitoramento das condições de saúde e atendimentos, os relatórios emitidos pelo Sistema são: **Situação de Saúde das Famílias da Área** (SSA2), que consolida informações sobre a situação de famílias através das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e **Produção e Marcadores de Avaliação da Área** (PMA2) que consolida informações sobre a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadores. Existem ainda os relatórios SSA4 e PMA4 que consolidam, respectivamente, a **situação de saúde do município** e a **produção de serviços e ocorrência de eventos marcadores do município com um todo** (Brasil, 1998).

Como ferramenta de avaliação, o SIAB cria inúmeras possibilidades para avaliação das necessidades de saúde. Ademais, permite o cálculo de indicadores

tendo-se por referência populações concretas, o que constitui numa enorme inovação tecnológica no campo da Epidemiologia de Serviços de Saúde.

Apesar dos avanços no que concerne a vigilância em saúde, proporcionados pelo SIAB, persiste o desafio de melhorar o aproveitamento dessas informações na gestão do SUS. Há indiscutível falta de análises orientadas para subsidiar decisões políticas e necessidade de melhorar a articulação das instituições atuantes na área da informação em saúde (Ripsa, 2008).

A pouca divulgação aos gestores da capacidade e importância do sistema; a parcialidade na abrangência das ações referentes à atenção básica; a duplicidade de informações nos Sistemas do MS; a insuficiente capacitação dos profissionais para utilização do sistema e as falhas no processo de coleta, periodicidade e fluxo dos dados são algumas destas limitações (Brasil, 2002).

Medina e Aquino (2002) complementam tais limitações avaliando que há uma necessidade de rever os indicadores do SIAB, haja vista que há um aumento na complexidade do processo de trabalho nas equipes de saúde. Os autores reforçam que é preciso viabilizar mecanismos de integração entre os demais SI no nível da atenção básica, além de explorar melhor as informações demográficas e sociais disponíveis tendo em vista o planejamento, execução e avaliação do impacto das ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção.

Segundo Freitas e Pinto (2005), tais dificuldades se consolidaram, provavelmente, porque a população e as instituições ainda não visualizaram as possibilidades de utilização da informação como instrumento de negociação e transformação.

1.3.1.2 Os Sistemas de Informação do PSF no município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro não utiliza o software do SIAB (modelo Ministério da Saúde) no cotidiano das equipes de Saúde da Família. Esta situação teve início em 2003, através do convênio com o Conselho das Instituições de Ensino da Zona Oeste (CIEZO) que desenvolveu um modelo de ficha A diferente da utilizada no restante do país em parceria com uma empresa de tecnologia e informação, (Health Solution (HS)). Tal fato aconteceu em função da necessidade de se incorporar informações que não eram contempladas no modelo de Cadastro do Ministério da Saúde à ficha, visando aprimorar e permitir maior aprofundamento do monitoramento da situação de saúde das famílias cadastradas.

Além dos campos comuns ao SIAB, a ficha apresenta dados referentes à:

Identificação do cidadão: raça, situação familiar, situação profissional, escolaridade, se frequenta escola (mesmo em caso de adultos), natureza da escola (particular, municipal, estadual, federal), série (em caso do morador estar cursando), se o morador estava presente durante a visita domiciliar para o cadastro, documentação de cada morador;

Situação de Saúde do cidadão: grupos de saúde que frequentam, as condições de saúde bucal; situação em relação ao fumo (fumante ou não fumante)

Situação de Moradia da família: se a família cultiva e/ou faz uso de plantas medicinais, melhor horários para visita;

Informações complementares da família: renda familiar, presença de animais domésticos no domicílio.

Apesar das modificações no SI, mensalmente a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e (SMS-RJ), através da Coordenação da ESF, importava os dados pertinentes e de interesse do software do Ministério da Saúde, para a base de dados do SIAB, enviando-os à secretaria do Estado de Saúde.

Entretanto, o Sistema da HS não atendia às necessidades locais, haja vista que os relatórios emitidos pelo GSB eram inconsistentes e o banco de dados apresentava inúmeras falhas na consolidação dos dados, ocasionando perda de informação de um mês para o outro.

Em função desta dificuldade, em 2006 começou a ser desenvolvido o Sistema Gestão de Saúde da Família (GSF) pela Empresa de Informática Municipal S/A - IplanRio, com assessoria técnica de membros dos Grupos de Apoio Técnico (GAT) da Coordenação da ESF/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A concepção do GSF além de corrigir deficiências do sistema anterior visava: (a) permitir maior autonomia e domínio das informações por parte da equipe; (b) permitir que a base de dados do SIAB pudesse “alimentar” outros Sistemas de informação utilizados na SMS-RJ, otimizando a análise e avaliação destas informações a nível local e demais Gerências; (c) oferecer às equipes, ao GAT e à Coordenação Municipal, melhor qualidade dos dados produzidos, objetivando a avaliação e o planejamento das ações desenvolvidas.

O GSF entrou em vigor em junho de 2007, em substituição ao sistema da HS, estando disponível na Internet com senha de acesso restrito aos seus usuários cadastrados nas equipes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do MS.

O GSF foi o sistema praticado pelas ESF do município do Rio de Janeiro até novembro de 2009. Em dezembro, em função da mudança na gestão a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) (antes apenas Secretaria Municipal de Saúde) estabeleceu através de Instrução Normativa para todas as ESF que o sistema utilizado em todo o município seria o Gerenciador de Informações Locais (GIL).

O GIL foi desenvolvido pelo DATASUS e destina-se a informatização da rede ambulatorial do SUS auxiliando na administração dos seus processos e fornecendo informações sobre a morbidade da população, subsidiando os gestores nas tomadas de decisão (Datusus). O sistema já é utilizado nas unidades de atenção básica do município que funcionam como Postos de Saúde tradicionais, ou seja, sem equipes de Saúde da Família implantadas.

Com a entrada das Organizações Sociais (OSS) em dezembro de 2009, na gestão das unidades de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro é da responsabilidade da OS através do Convênio assinado com a SMSDC implementar e disponibilizar um sistema de informação gerencial com acesso à internet, utilizando padrões estabelecidos SMSDC. Entretanto a OSS tem liberdade para implantação de qualquer sistema de informação desde que o mesmo faça a leitura do GIL no que tange as informações referentes ao cadastro e atendimentos realizados.

As constantes mudanças nos sistemas de informação acarretam descontinuidade da informação uma vez que é demorado o processo de capacitação para o uso de um determinado para pouco tempo em vigor, haja vista que mudanças político-institucionais interferem diretamente na execução das ações realizadas pelas equipes.

1.4 A UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO NA ESF

O diagnóstico em saúde é uma etapa importante da implantação da ESF nas comunidades e é fundamental para adequação das ações que serão oferecidas para os moradores respeitando as condições sanitárias, sociais e econômicas, as dinâmicas familiares e todo o contexto que a comunidade está inserida.

Além das informações que compõe o cadastramento das famílias, deverão ser utilizadas outras fontes, principalmente as consideradas oficiais (dados do cartório, IBGE, secretarias municipais) que possibilitem melhor identificação do território (Brasil, 1998).

Os relatórios SSA2, PMA2 que fazem parte do SIAB também são importantes instrumentos para reconhecimento das condições de saúde das famílias. A consolidação é mensal. E cada ACS atualiza os dados no sistema referentes à sua microárea.

Entretanto, apesar das inúmeras fontes de dados disponíveis para os usuários locais, percebe-se um distanciamento das equipes de PACS e PSF em relação aos mesmos. De modo geral, nota-se que a maioria dos profissionais de saúde ainda entende a consolidação e o repasse dos dados para a Coordenação Local como um cumprimento de mais uma tarefa administrativa obrigatória. Desta forma, evidencia-se uma grande dificuldade da equipe de fazer uma leitura crítica das informações geradas, assim como calcular indicadores pertinentes à análise da situação de saúde das famílias assistidas para o planejamento local.

Estudos anteriores também apontam estas limitações. Silva e Laprega (2005), por exemplo, evidenciaram não haver repasse ou discussão com a comunidade dos

dados gerados, dificultando a participação comunitária no planejamento e na tomada de decisões. Quanto à utilização do sistema, na maioria das equipes, esta está vinculada apenas ao levantamento numérico de algumas condições de saúde/doença (por exemplo, número de hipertensos e diabéticos) para realização de práticas educativas.

Ao longo dos últimos anos, tanto os gestores responsáveis pelo Sistema, como alguns pesquisadores têm se debruçado sobre os motivos a baixa utilização. As limitações em relação à alimentação e a interpretação dos dados parecem indicar que o SIAB seja de difícil compreensão pela equipe de Saúde da Família, gerando dados não confiáveis. Há ainda persistentes dúvidas dos profissionais quanto ao preenchimento de alguns campos e manuseio das fichas, o que torna o processo de informação comprometido e questionável, uma vez que essa etapa é fundamental para a obtenção de informações válidas (Freitas e Pinto, 2005).

Moraes e Santos (2001) destacam que na Oficina de Trabalho promovida em 2000 pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) foram apontados alguns aspectos para o pouco uso dessas informações. Dentre eles, destacaram-se as desigualdades de acesso e de atendimento das necessidades da população, a restrita experiência dos serviços em práticas intersetoriais e a inadequação do Sistema ao desempenho das funções gestoras.

Também é preciso levar em consideração a dificuldade e resistência por parte de alguns profissionais ao uso do computador. Essa resistência pode ser minimizada à medida que haja treinamento apropriado, melhor organização do cronograma de trabalho garantindo tempo para atualização e análise dos relatórios e maior disponibilidade de computadores. Vale ressaltar que quanto maior a dificuldade de

acesso e utilização dos Sistemas, maiores as possibilidades de distorções e desenvolvimento de registros e Sistemas paralelos (Schout e Novaes, 2007).

Há ainda indiscutível falta de análises orientadas para subsidiar decisões políticas e a necessidade de melhorar a articulação das instituições atuantes na área da informação em saúde (Ripsa, 2008). Por isso é importante destacar que nem todos os dados se transformam em informação útil. Nesse contexto, para uma adequada organização de dados, é imprescindível determinar quais dados são necessários priorizar a fim de evitar muita coleta e pouca análise. Ademais, se faz necessário que esses dados tenham uma boa cobertura, qualidade e que sejam oportunos (Soares, Andrade *et al.*, 2001).

1.5 PLANEJAMENTO LOCAL EM SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE COMO FERRAMENTAS PARA O DIAGNÓSTICO

Para planejar localmente, faz-se necessário considerar tanto para o que se planeja como para quem se planeja. Portanto, é preciso conhecer as necessidades da população identificadas a partir do mapeamento do território e do cadastramento das famílias (Brasil., 1998).

O Planejamento a partir da análise da situação de saúde das comunidades permite dar direcionalidade ao trabalho da equipe na medida em que identifica e prioriza os problemas, facilita a execução de ações e avaliação dos resultados alcançados.

Para tanto o planejamento deve fazer parte do cotidiano das equipes de Saúde da Família, envolvendo não só os profissionais, mas toda a comunidade na construção do plano de trabalho.

Portanto planejar é uma atitude permanente e não uma ferramenta de trabalho, uma coleção de técnicas e fórmulas que podem ser aplicadas a uma determinada situação (Savassi e Dias).

A incorporação dessas práticas de planejamento na gestão do sistema de saúde vem se dando de diferentes formas nas últimas décadas.

Em 1970 o enfoque estratégico-situacional ganhou força; nele a realidade é entendida como um processo e novos atores sociais são reconhecidos. Metodologicamente, o enfoque estratégico é ligado a Mario Testa e o enfoque situacional é ligado a Carlos Matus e enfatiza o caráter social e a natureza interativa da planificação (ELIA apud RIVERA, 1989; ARTMANN, 1993; EULÁLIO, 2007)

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) descrito por Carlos Matus possibilita a explicação de um problema a partir da visão do ator que o declara, a identificação das possíveis causas e a busca por diferentes modos de abordar e propor soluções. Logo, processar problemas implica em explicar como ele nasce e como se desenvolve, fazer planos para atacar as suas causas, analisar e construir a viabilidade política do plano (Melleiro, Tronchin *et al.*, 2005).

Entretanto existem outras estratégias de se planejar ações em saúde e políticas públicas, e dentre os mais utilizados além do PES estão: o ZOPP – Planejamento Orientado por Objetivos e o MAPP- Método Altadir de Planificação Popular e Ação Comunicativa. O primeiro se aplica a uma microrregião ou a uma

Unidade Básica de Saúde e o segunda está relacionado às questões do cotidiano por isso tem maior potência e utilizada em algumas equipes de Saúde da Família.

Há uma vasta literatura sobre planejamento; há também uma vasta terminologia. Uma fantasia freqüente é que existe o método de fazer planejamento. Todos não escapam de definir qual o futuro desejado, isto é, onde queremos chegar com o nosso sistema, que programas e decisões implementar para a instituição direcionar-se para uma direção que produza resultados (Savassi e Dias).

De posse dos inúmeros caminhos disponíveis para o alcance dos resultados esperado, o planejamento deve ser de utilidade prática não somente do gestor, mas principalmente do profissional que precisa sistematizar as ações a serem desenvolvidas no território. Algumas atividades para resolução dos problemas não dependem de gasto financeiro, mas de mudanças na postura profissional e pró-atividade da equipe.

A comunidade deve estar inserida nos processos de planejamento para que se sintam co-responsáveis na busca por soluções. Para tanto, é importante estabelecer formas de aproximação desses usuários que ocupam um lugar mais periférico para o centro da discussão, onde possam ser ouvidas. Fazer uma boa comunicação com os usuários significa ampliar a capacidade de participação e contribuir com uma maior parcela de intervenção nas políticas de saúde (Araújo e Cardoso, 2007).

Alguns atropelos na execução das ações acontecem porque os problemas priorizados pela equipe não são prioridades para os moradores da comunidade. A divulgação da informação gerada no diagnóstico deve ser difundida pela comunidade para que todos possam opinar sobre as questões encontradas.

Em contrapartida, sabe-se que nem sempre esse planejamento participativo é possível, não só pela dinâmica de trabalho das equipes, mas também em função de questões político-institucionais.

Percebemos que as equipes planejam e desenvolvem ações em resposta a demandas e pressões surgidas no cotidiano dos serviços, frequentemente respondendo a questões mais imediatas e definidas principalmente por instâncias superiores (Elia, 2009).

Apesar da diversidade de territórios em que as equipes estão inseridas, as orientações acerca do cumprimento metas e prioridades estabelecidas pelos gestores são uniformes e verticais. É impossível que a Secretaria possa instituir as mesmas e que estas tenham a mesma capacidade de abrangência em todos os espaços. Sendo assim, é difícil para a equipe equilibrar aquilo que lhe é “encomendado” e aquilo que ela realmente enxerga como prioridade.

Se não houver espaços de discussão e pactuação desses indicadores, envolvendo gestores municipais e profissionais que atuam na assistência, de forma dialógica e participativa, dificilmente a abordagem normativa poderá ser superada (Elia, 2009).

A divulgação das informações geradas pode ser um importante dispositivo de negociação das equipes com as coordenações locais. Além de embasar a discussão reforça a atribuição da equipe descrita no pressuposto básico do PSF de que “*quem planeja deve estar imerso na realidade sobre a qual se planeja*” (Brasil, 1998).

A ampliação da análise da situação de saúde que vai servir de base para a construção de um plano local (que deve ir além da informação disponível no SIAB) é imediata e necessária, haja vista que dependendo da profundidade que se quer

avaliar será imprescindível a incorporação de outros indicadores que influenciam diretamente ou indiretamente nos níveis de saúde da população, como indicadores ambientais, por exemplo.

Um indicador de saúde tem como propósito refletir a situação de saúde de um indivíduo ou de uma população. Para MORAES (1994) citado em (Soares, Andrade *et al.*, 2001), os indicadores são a quantificação da realidade, que permite comparar níveis de saúde entre as populações ao longo do tempo. Os indicadores derivam dos dados e é um dos instrumentos para gerar informações. A construção de um indicador é um processo que pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinadas doenças, até o cálculo de razões em forma de proporções, coeficientes ou taxas (Ripsa, 2008).

Conforme é preconizado pela OMS, a elaboração de indicadores tem por objetivos: prover dados para o planejamento e avaliação dos serviços de saúde, identificar os fatores determinantes da doença e permitir a prevenção, avaliar os métodos no controle das doenças, entre outros (Vermelho, Leal *et al.*, 2005). Sendo assim os indicadores têm sido utilizados com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade, em diversos períodos de tempo (Vermelho, Leal *et al.*, 2005).

A OMS, em seu Informe Técnico 137, citado em Laurenti (1987), sugere a divisão dos indicadores de saúde em três grupos:

- ❖ Aqueles que tentam traduzir diretamente à saúde (ou a sua falta) em um grupo populacional;

- ❖ Aqueles que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde;
- ❖ Aqueles que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde.

Um indicador é considerado válido se ele se mostra capaz de medir ou representar adequadamente o fenômeno de interesse. Nesse sentido ele deve apresentar simultaneamente boa sensibilidade e especificidade, identificando variações reais do fenômeno de interesse, ou seja, o nível de saúde das populações. Outros atributos desejáveis são a relevância, relacionada com a capacidade de responder às prioridades em saúde; uma boa relação custo-efetividade; e a consonância com preceitos éticos, garantindo que a coleta de dados não acarrete prejuízos às pessoas envolvidas, e respeitando os valores sociais vigentes (Medronho, 2008).

Do ponto de vista técnico, espera-se que os indicadores de saúde atendam a alguns requisitos, como: (a) disponibilidade de dados para toda a população que se deseja avaliar, ou seja, o indicador deve possuir boa representatividade ou cobertura; (b) uniformidade quanto à definição e aos procedimentos empregados no seu cálculo, garantindo uma boa confiabilidade, (c) simplicidade no que diz respeito à sua construção e facilidade de interpretação; (d) poder discriminatório, de forma a permitir comparações entre populações, ou de uma mesma população em momentos distintos (e) sinteticidade, de modo a poder abranger o efeito do maior número possível de fatores que influem no estado de saúde das coletividades (Medronho, 2008). Ademais, para que os dados se constituam efetivamente em indicadores, além de terem consistência científica, eles devem estar relacionados

aos problemas que tenham impacto sobre a saúde das populações com suas especificidades regionais (Schout e Novaes, 2007).

De maneira geral, um determinado conjunto de indicadores tem como propósito apresentar o estado de saúde das populações e deve servir de base para a determinação dos grupos prioritários, identificação de áreas críticas e risco epidemiológico, além do estabelecimento de políticas públicas (Opas, 2001). Alguns estudos corroboram tal afirmação e justificam a importância de não só conhecer a realidade local a partir dos indicadores, mas de utilizá-los para subsidiar a melhoria das condições de vida da população através da proposição de políticas públicas ou em menor escala, promover a transformação dos níveis de saúde das comunidades.

Dentre essas pesquisas pode-se destacar a desenvolvida em 2001 pela OPAS intitulada “Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento”. Para a Organização a busca da igualdade na prestação de serviços de saúde e o acesso a estes serviços representam algumas das maiores dificuldades em matéria de cooperação técnica aos países membros. Este estudo, além de avaliar a evolução da desigualdade em saúde no Brasil, sugeriu indicadores e instrumentos de medição para o monitoramento da equidade em saúde, de modo a subsidiar os gestores no processo decisório e os fóruns de participação popular no exercício de suas atribuições legais (Viana, 2001).

Nos últimos anos identifica-se também a condução de estudos epidemiológicos de base populacional destinados a traçar diagnósticos nacionais e ajudar no processo decisório. Por iniciativa do MS, em parcerias com instituições acadêmicas e de serviços foram desenvolvidos: O Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade (2005) referida de Agravos Não

Transmissíveis, Estudo de Soroprevalência de Infecção Chagásica e Hepatite Virais, dentre outros.

O processo decisório pode ser entendido como um conjunto de elementos, entre os quais se destaca o conhecimento sobre a realidade que se deseja modificar. Esse conhecimento não significa, obviamente, a simples disponibilidade de informação, mas uma avaliação da situação em saúde. Pressupõe a definição de alternativas de ação em uma escala de prioridades, formuladas de acordo com os critérios que se estabeleçam para o cumprimento dos objetivos da gestão (Castro, 2006).

A Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) vêm trabalhando na produção de indicadores básicos de saúde para todas as regiões do Brasil, visando o monitoramento da situação de saúde de todo o Brasil que auxilie no planejamento e definição de prioridades na agenda do setor. A RIPSA foi instituída em 1996 pelo Ministério da Saúde, em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), para produzir e tornar disponíveis informações dirigidas à formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas no setor. Surge a partir do entendimento das dificuldades do setor para se adequar às crescentes necessidades e demandas de informação, nas três esferas do SUS e órgãos de outros setores (Júnior, 2006).

O produto finalístico da RIPSA é a publicação regular de Indicadores e Dados Básicos (IDB). Para esta construção colaboraram instituições de atuação estratégica na área da informação, quais sejam: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Faculdade de Saúde Pública

da Universidade de São Paulo e Fundação Sistema Estadual de Estatística e Análise de Dados de São Paulo.

Além de uma matriz de indicadores, a RIPSA dispõe de instrumentos de orientação técnica ao usuário que esclarece os conceitos e critérios adotados para a construção e interpretação dos indicadores. Para cada indicador estão disponíveis além da sua conceituação e interpretação, suas limitações, fontes, método de cálculo, categorias para análise, dados estatísticos e comentários. A disponibilidade destas informações tem como objetivo maior não só a instrumentalização de gestores, mas também de profissionais de saúde de forma mais geral que trabalhem em todos os níveis de atenção (Ripsa, 2008).

Na ESF iniciativas similares também se desenharam nos últimos anos, como a construção do roteiro “Monitoramento na Atenção Básica de Saúde” que, a partir de dados disponíveis no SIAB, elenca um conjunto de indicadores com a finalidade de sistematizar os dados com vista a uma melhor interpretação e análise dos profissionais, considerando a complexidade e heterogeneidade das realidades locais (Brasil, 2004).

Entretanto, a apesar da Estratégia prever que o enfrentamento de situações problema e as tomadas de decisão devam se basear em informações sobre o perfil social, cultural e epidemiológico das áreas adscritas, a utilização deste material ainda é muito restrita. Mesmo tendo conhecimento de que, segundo as premissas da ESF, a definição das prioridades das equipes deva resultar de um franco debate e negociação entre as necessidades de saúde percebidas pela população e o conhecimento técnico da equipe a respeito dos problemas de saúde mais prevalentes, causas principais de morte, situação dos grupos de risco, dentre outros, e que este conhecimento técnico, necessariamente, passa pela construção e análise

de indicadores de saúde, oriundos dos sistemas de informação, infelizmente, propostas como a de monitoramento da atenção básica ainda são pouco incorporadas pelas equipes em seu dia-a-dia.

No caso das equipes de Saúde da Família, que se propõem a desenvolver um projeto de intervenção através de um planejamento participativo, oferecendo assistência de acordo com as necessidades, estabelecendo prioridades, promovendo saúde e aumentando a autonomia da população, a informação é essencial (Elia, 2009).

A ampliação da análise da situação de saúde que vai servir de base para a construção de um plano local deve ir além da informação disponível no SIAB é imediata e necessária, haja vista que dependendo da profundidade que se quer avaliar será imprescindível a incorporação de outros indicadores provenientes de outros setores que influenciam diretamente ou indiretamente nos níveis de saúde da população, como indicadores ambientais, por exemplo.

Portanto, planejar de forma estratégica proporciona maior direcionamento para alcançar os objetivos, diminuir as ações ineficazes, os gastos abusivos de recursos e os conflitos de interesse, e prima pela resolução do que de fato é considerado problema não só pela equipe como para a população.

2 JUSTIFICATIVA

A apropriação da informação em saúde como subsídio para a tomada de decisão deve ser um assunto amplamente discutido inclusive nas gerências dos serviços de saúde. Na ESF isso se consolida com o reconhecimento do SIAB como ferramenta gerencial de informação e principal instrumento de monitoramento das ações no Saúde da Família. A informação deve ser utilizada por todos os indivíduos envolvidos no planejamento, gestão e avaliação dos serviços, na tentativa de acompanhar a organização do sistema de saúde, especialmente as ações relacionadas ao bom funcionamento e desempenho das unidades de saúde da família.

Entretanto, os relatórios SSA2 e o PMA2 são geralmente utilizados somente como instrumentos de registro. Em algumas equipes e coordenações locais os relatórios emitidos se limitam a avaliações de cobertura, a possíveis erros de digitação e a inconsistência dos dados. As análises são restritas aos turnos de consulta médica e nº de consultas a hipertensos e diabéticos, reproduzindo os Sistemas de gerenciamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do modelo tradicional. Esta é uma importante contradição, haja vista que a análise da informação para ação deve ser focada na família, na coletividade e no território.

Como descrito anteriormente, no Rio de Janeiro, com a utilização de fichas de cadastro diferenciadas do MS e a criação do GSF, aumentou-se a quantidade de dados coletados, mas que nem sempre são transformados em informações com potencial de uso para a formulação de estratégias de intervenção. Dentre as várias justificativas para o fato, destaca-se a falta de profissional treinado e a limitação na disponibilidade de material sistematizado que os oriente na análise de dados,

visando maximizar a utilização das informações geradas pelo GSF. No âmbito das equipes técnicas, observa-se um número muito limitado de processos de educação permanente voltados para atualização tecnológica essencial a esse campo de saber, extremamente dinâmico (Moraes e Gómez, 2007).

Na medida em que a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores voltados ao PSF tende a facilitar o monitoramento de seus objetivos e metas, a estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e a promover o desenvolvimento de Sistemas de informação intercomunicados, parece fundamental que esforços sejam realizados no intuito de elaboração de materiais mais específicos e de fácil utilização pelas equipes do Programa (RIPSA, 2008). Diante das especificidades do Sistema de Informação do município do Rio de Janeiro, esta lacuna fica ainda mais evidente.

Neste importante momento de consolidação da ESF no município do Rio de Janeiro, torna-se ainda mais necessária a criação de estratégias que facilitem a utilização das informações geradas nas unidades, tendo em vista que a efetividade do Programa, em termos de melhoria da situação de saúde dos moradores do município passa, necessariamente, pela democratização do conhecimento do processo saúde-doença-cuidado, pela utilização de indicadores epidemiológicos no estabelecimento de prioridades, pela avaliação continuada das equipes implantadas e pela definição de critérios e estratégias que orientem a implantação de novas equipes.

3 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

3.1 GERAL

A partir da apresentação de um conjunto de Indicadores de Saúde elaborar material a ser usado no dia-a-dia das ESF que facilite o uso racional dos dados colhidos, com vistas à utilização para o planejamento local.

3.2 ESPECÍFICOS

- ❖ A partir de uma análise crítica dos indicadores contidos nas propostas de monitoramento da Atenção Básica já existentes estabelecer um conjunto de indicadores que facilitem o planejamento local e a tomada de decisão na ESF.
- ❖ Produzir material instrucional que contemple as definições, método de cálculo, parâmetros de referência e utilização de cada um dos indicadores selecionados na etapa anterior..
- ❖ Construir dois cenários fictícios que propiciem a utilização deste material para realização de diagnósticos locais de saúde a ser utilizado em futuras capacitações;
- ❖ A partir das informações contidas na matriz de indicadores e nos cenários criados na etapa anterior, propor um exercício que seja útil em

futuras capacitações dirigidas às equipes de saúde da Família que tenham como objetivos sensibilizar e motivar os profissionais à usarem as informações colhidas no dia a dia das equipes no Diagnóstico de Saúde e no Planejamento das ações.

4 PROCEDIMENTOS E MÉTODOS

4.1 SELEÇÃO DO PRIMEIRO CONJUNTO DE INDICADORES

No primeiro momento foram relacionados os indicadores recomendados pelo SIAB (Brasil, 2005), pelo Pacto pela Saúde (Portaria nº 325/GM de 21 de fevereiro de 2008), RIPSA (Ripsa, 2008) e pela publicação Monitoramento na Atenção Básica de Saúde (Brasil, 2004) que poderiam ser aplicados no nível local

A 1ª seleção dos indicadores para a confecção da matriz ocorreu a partir da experiência das pesquisadoras. A mestranda trabalha há oito anos na supervisão das equipes da ESF e no monitoramento dos dados produzidos pela equipe no SIAB, além de ter participado da elaboração do GSF. A orientadora tem experiência na área da Saúde Coletiva com ênfase na Epidemiologia e entre outras atividades é uma das coordenadoras de um Programa de Investigação Epidemiológica. As pesquisadoras discutiram cada um dos indicadores considerando atualidade e adequação ao objetivo do estudo. Foram excluídos aqueles redundantes os que não se adequaram ao objeto de estudo.

Em função da pouca representatividade de indicadores específicos de Saúde do Adolescente e do Idoso nestas publicações, as pesquisadoras incluíram neste primeiro conjunto de indicadores alguns presentes na Caderneta de Saúde do Adolescente lançada em 2008, pelo Ministério da Saúde e outros presentes na Caderneta do Idoso (Brasil, 2006), respectivamente.

A partir deste conjunto inicial de indicadores, confeccionou-se uma matriz onde os mesmos foram agrupados em eixos temáticos e apresentados em forma de

planilha com as seguintes descrições: Nome do indicador, fonte de dados, definição, método de cálculo e sugestões de utilização, priorizando-se as relativas ao diagnóstico local de saúde e as que permitissem o monitoramento do impacto das ações de saúde.

4.2 SUBMETENDO A MATRIZ AO GT DA INFORMAÇÃO

4.2.1 Organização da oficina de trabalho e análise dos dados

Visando o aprimoramento da matriz de indicadores elaborada na etapa anterior, em outubro de 2009, realizou-se uma oficina de trabalho com o Grupo de Trabalho (GT) da Informação da Área Programática (AP) 5.2, cuja missão era identificar estratégias visando o aprimoramento da qualidade dos dados e a maior utilização da informação como subsídio para o planejamento de ações locais.

Este GT é formado por representantes dos módulos da ESF e profissionais do Núcleo de Saúde da Família da CAP. O grupo foi formado em setembro de 2009 e atualmente é composto por 31 profissionais entre enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde que participam de reuniões a cada dois meses

A AP 5.2 é situada a aproximadamente 60 km da região central do Rio de Janeiro e é composta dos bairros de Santíssimo, Vasconcelos, Campo Grande, Inhoaíba, Cosmos, Guaratiba, Pedra de Guaratiba e Barra de Guaratiba. Por sua grande extensão territorial a área possui duas Regiões Administrativas (R.A): a XVIII

R.A e a XXVI R.A. O somatório das populações dessas duas R.A totaliza 804.985 habitantes (Estimativa Populacional para 2009, IBGE 2000).

Atualmente a área conta com 12 Módulos de PSF, que abrigam 42 equipes e 6 módulos de PACS, com 7 equipes, totalizando cerca de 150.000 cidadãos cadastrados.

Embora todos os integrantes do GT tenham sido convidados, apenas 24 profissionais, sendo 22 mulheres e 2 homens participaram desta oficina. Metade dos participantes era servidor da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ) e já trabalha, em média, há 5 anos na ESF. Algumas unidades possuem mais de um tipo de profissional no GT, que em sua maioria, é composto por enfermeiros (62,5 %). Neste dia também estavam presentes 4 médicos, 1 sanitaria, 2 técnicos de enfermagem e 2 ACS. Como no dia não havia representação de um profissional da saúde bucal, o material foi submetido à apreciação de um cirurgião-dentista no dia seguinte à pesquisa para quaisquer contribuições.

Após apresentação dos objetivos do estudo e do conjunto de indicadores já sistematizados foi proposto que o grupo se dividisse em quatro subgrupos de acordo com o interesse e afinidade do profissional pelos seguintes eixos temáticos:

1º Grupo – Indicadores Demográficos e Sócio-Econômicos

2º Grupo – Indicadores de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente

3º Grupo – Indicadores de Atenção à Saúde da Mulher e Outros

4º Grupo – Indicadores de Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso

Cada subgrupo recebeu uma matriz de indicadores e uma folha de resposta referente aos eixos temáticos e um instrutivo (APÊNDICE A) explicando a dinâmica

da oficina, além de folhas em branco para anotações pertinentes à avaliação. Após discussão coletiva, o subgrupo realizou a avaliação de cada indicador do eixo aplicando uma escala de nota de 0 a 5, (considerando 5 a maior nota e 1 a menor nota) para as seguintes variáveis: aplicabilidade e relevância no nível local, facilidade na obtenção dos dados, cobertura do preenchimento, atualidade das informações e qualidade do dado obtido. Para cada nota atribuída os participantes elaboravam uma breve justificativa. Além disto, para cada indicador, discutia-se a disponibilidade dos dados necessários para seu cálculo e acrescentavam-se utilizações não mencionadas pelas pesquisadoras. Os grupos também teceram comentários sobre a organização do material em relação à descrição dos indicadores, formatação, dentre outros e fizeram sugestões para melhoria do material. Todas estas questões eram registradas na folha em branco para serem posteriormente discutidas com todo o GT.

As discussões dos subgrupos durante as oficinas e a apresentação do material produzido no final do dia para o GT foram gravadas em aparelho MP4, posteriormente transcritas e utilizadas como material complementar à análise dos resultados do estudo. A análise do material transcrito se baseou na técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2007); (Minayo, 2007). Dentre as modalidades de análise que compõem esta estratégia, utilizou-se a análise temática. Estes, segundo Minayo (2007) é a mais apropriada para investigações qualitativas em saúde. Segundo Bardin (2007), a análise temática considera tanto a frequência de temas presentes no discurso, quanto a qualidade pormenorizada destes itens.

Cada fala recebeu um código formado pelas iniciais do grupo de discussão que o profissional fazia parte (D= Demográficos, S= Sócio-econômicos, C= Criança,

A= Adolescente, AD= Adulto, I= Idoso, O= Outros) e um número, mencionado na identificação das falas citadas na apresentação de resultados da pesquisa.

4.2.2 Critérios para seleção dos indicadores para construção da matriz final

A partir da avaliação de cada subconjunto de indicadores pelos grupos, as pesquisadoras fizeram uma revisão e readequação da matriz inicial para produção da Matriz Final. Foram retirados todos os indicadores que receberam alguma nota na avaliação (em algum dos critérios) inferior a 3. Alguns indicadores por serem similares e convergirem para a mesma informação também foram excluídos. Foram mantidos os que tinham maior abrangência e potencial de utilização na vigilância em saúde.

Visando a inclusão de Parâmetros /Metas/Referências de cada um dos indicadores de saúde selecionados para a Matriz Final, realizou-se uma nova revisão bibliográfica abrangente sobre os eixos temáticos e os indicadores de saúde no âmbito do diagnóstico e monitoramento das ações de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária. Nesta fase da pesquisa buscou-se informações em livros, textos, dissertações, teses, publicações do MS e outras instituições de referência na área de Informação e Saúde, manuais dos SI e sites da INTERNET.

4.3 ELABORAÇÃO DOS CENÁRIOS PARA O EXERCÍCIO

Após essa elaboração da matriz final, foram desenvolvidos dois exemplos/cenários escritos que permitissem avaliar a aplicabilidade do material produzido e servir de exercício para as equipes no que tange o diagnóstico de saúde e o planejamento local. Os dois cenários se diferenciam em função do nível de saúde da população e das informações contidas nos mesmos, visando um diagnóstico local de saúde e o estabelecimento de prioridades. O material foi composto por: (a) descrição geral da área; (b) dados sócio-demográficos; (c) dados sócio-econômicos; (d) informações sobre a forma de participação comunitária nas decisões locais, especialmente às pertinentes à rede de saúde; (e) rede de serviços e outros parceiros; (f) números absolutos e taxas de eventos de morbimortalidade; (g) recursos humanos da área da saúde; (h) organização do processo de trabalho.

4.4 TESTANDO A MATRIZ DE INDICADORES E OS CENÁRIOS

A pertinência e aplicabilidade do material elaborado nas etapas anteriores foram avaliadas através da realização de nova oficina de trabalho em fevereiro de 2010 com um número menor de participantes. Dentre o conjunto de equipes que tiveram participantes na oficina de discussão da matriz de indicadores, foram sorteadas duas equipes completas (equipe mínima) e com 3 ou mais anos de implantação da Estratégia para participar desta etapa da pesquisa. Este critério de

seleção foi utilizado para “garantir” que a maioria dos profissionais tenha experimentado mais de um SI.

As equipes sorteadas receberam um material com as orientações para discussão que consta: (1) do cenário descrito; (2) da matriz de indicadores confeccionada na primeira etapa do estudo; (3) das orientações para discussão e desenvolvimento do exercício (APÊNDICE B) e (4) formulário para elaboração de relatório estruturado para entrega ao pesquisador.

Para a realização da atividade a equipe recebeu um instrutivo onde foi orientada a realizar um diagnóstico de saúde com base na matriz de indicadores, discutir os principais problemas de saúde do cenário e propor ações possíveis para intervenção nos problemas encontrados. Como visto no roteiro, o relatório a ser entregue pelas equipes deveria contemplar o número de participantes; uma avaliação sobre a adequação da linguagem utilizada nos cenários; o grau de compreensão da metodologia utilizada para responder o exercício; os indicadores utilizados na análise da equipe; uma discussão acerca dos resultados do diagnóstico; principais propostas de ação das equipes diante dos resultados encontrados; e as principais dificuldades para realização do exercício.

Ao final do exercício as duas equipes comentaram seus relatórios. As discussões foram gravadas para que as falas fossem utilizadas como material complementar à análise dos resultados.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em função da necessidade da participação dos profissionais do GT da AP 5.2 nas oficinas para avaliação da matriz de indicadores e das equipes no exercício do diagnóstico e planejamento e seguindo os preceitos da ética em pesquisa (Resolução nº 196/96) o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e aprovado em 28/09/2009 conforme Parecer em anexo (ANEXO 1). A todos os profissionais convidados para a entrevista, após os esclarecimentos sobre a pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção será dividida em cinco subseções, quais sejam:

- a) Primeira versão da matriz de indicadores e as notas atribuídas para cada indicador durante oficina;
- b) Os comentários e reflexões específicas de cada grupo de indicadores e comentários gerais (produto das discussões na oficina);
- c) Matriz de Monitoramento Final com inclusão dos parâmetros de referência e metas;
- d) A descrição dos Cenários confeccionados para serem utilizados em treinamentos com as equipes;
- e) A análise do produto do exercício de planejamento das equipes, levando em consideração o relatório entregue e a discussão das propostas de planejamento.

5.1 MATRIZ INICIAL E NOTAS ATRIBUÍDAS PELO GT

A partir da revisão bibliográfica as pesquisadoras selecionaram todos os indicadores que pudessem ser aplicados no nível local pelas Equipes de Saúde da Família para diagnóstico e avaliação das atividades desenvolvidas. Para tanto, foram construídas oito matrizes que envolveram Indicadores Demográficos (7 indicadores);

Sócio-Econômicos (12); Saúde da Criança (21); Saúde do Adolescente (6); Saúde da Mulher (11); Saúde do Adulto (19), Saúde do Idoso (4), Outros (3).

Segue abaixo as matrizes de indicadores, primeiro produto desta dissertação, que subsidiaram a discussão dos grupos, bem como as notas atribuídas pelos grupos para cada indicador.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Utilização	
1	<p>Estrutura populacional por sexo e idade (Monitoramento na AB, 2004)</p>	<p>Nº de pessoas do sexo feminino em uma determinada faixa etária em relação ao total de pessoas do sexo feminino , no mesmo local e período e</p> <p>Nº de pessoas do sexo masculino em uma determinada faixa etária em relação ao total de pessoas do sexo masculino , no mesmo local e período</p>	<p>Nº de pessoas do sexo feminino numa faixa etária específica (< 1 ano, 1-4, 5-6, 7-9, 10-14, 15-19, 20-39, 40-49, 50-59, 60 ou mais), em um determinado local e período / Nº de pessoas do sexo feminino, no mesmo local e período x 100</p> <p>Nº de pessoas do sexo masculino numa faixa etária específica (< 1 ano, 1-4, 5-6, 7-9, 10-14, 15-19, 20-39, 40-49, 50-59, 60 ou mais), em um determinado local e período / Nº de pessoas do sexo masculino, no mesmo local e período x 100</p>	<p>Diagnóstico/Avaliação: Permite organizar a atenção, haja vista que as necessidades são diferentes por faixa etária e acompanhar o ritmo de crescimento da população. Facilita o planejamento de insumos, recursos humanos , oferta de serviços , acesso , e programação das visitas domiciliares.</p>
2	<p>Número médio de pessoas por família (Monitoramento na AB, 2004)</p>	<p>Número de pessoas cadastradas em relação ao número de famílias cadastradas, no mesmo local e período</p>	<p>Número de pessoas cadastradas em um determinado local e período/ número de famílias cadastradas, no mesmo local e período x 100</p>	<p>Diagnóstico/Avaliação: Projeção para oferta de novos serviços , compreensão da estrutura familiar e organização de rede de apoio Ajuda na programação das visitas domiciliares.</p>
3	<p>Proporção de menores de 5 anos de idade na população (RIPSA, 2008)</p>	<p>Percentual de pessoas com menos de 5 anos de idade, na população residente na área de abrangência , no ano</p>	<p>nº de crianças residentes menores de cinco anos / população total residente x 100 (exclui-se a de idade ignorada)</p>	<p>Diagnóstico / Avaliação: Subsídia a organização de ações (consultas, visitas domiciliares, grupos) específicas para faixa etária como a Imunização, o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, a Vigilância Nutricional e a Vigilância das Violências.</p>
4	<p>Proporção de idosos na população (RIPSA, 2008)</p>	<p>Percentual de pessoas com 60 anos e mais de idade, na população residente na área de abrangência , no ano</p>	<p>nº de pessoas residentes maiores de 60 e mais anos de idade / população total residente x 100 (exclui-se a de idade ignorada)</p>	<p>Diagnóstico / Avaliação: Subsídia a organização de ações (consultas, visitas domiciliares, grupos) específicas para faixa etária como acompanhamento das doenças crônicas degenerativas , imunização, avaliação da capacidade funcional, vigilância de quedas, avaliação de acesso a unidade, organização de visitas domiciliares, restrição ao domicílio pela tendência ao isolamento e depressão. Permite a organização de grupos de apoio.</p>

INDICADORES DEMOGRÁFICOS (Folha 2)				
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Utilização	
5	Taxa bruta de natalidade (RIPSA, 2008)	Número de nascidos vivos na população, por mil habitantes, na população residente na área de abrangência, no ano	número total de nascidos vivos residentes / população total residente x 1.000	Diagnóstico / Avaliação: Possibilita o cálculo do crescimento da comunidade. Subsidiar processos de planejamento para oferta de ações e serviços voltados para assistência materno infantil.
6	Taxa bruta de mortalidade (RIPSA, 2008)	Número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente na área de abrangência, no ano	número total de óbitos de residentes / população residente x 1.000	Diagnóstico / Avaliação: Por ser geral retrata a situação de saúde da população. Limitação: Só pode usar taxa bruta em comparação com áreas de populações semelhantes,
7	Mortalidade Proporcional por idade (RIPSA, 2008)	Distribuição percentual de óbitos por faixa etária, na população residente na área de abrangência, no ano	nº de óbitos de residentes, por faixa etária / nº de óbitos de residentes (excluí-se os de idade ignorada) x 100 Faixas etárias para cálculo: menor de 1 ano, 1 a 4 e, a partir dessa faixa etária calcular de 15 em 15 anos até 79 anos, finalizando com grupo de 80 anos e mais anos	Diagnóstico / Avaliação: Permite comparar os resultados com outras áreas.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS - RESULTADO DA AVALIAÇÃO								
Indicador	FONTES DE DADOS	Critérios para Seleção do Indicador						
		Aplicabilidade no nível local	Facilidade na obtenção dos dados	Cobertura do preenchimento	Atualidade	Qualidade do dado	Média de Notas	
1	Estrutura populacional por sexo e idade (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Fichas Denominador : Fichas	5	3	3	3	3	3,4
2	Número médio de pessoas por família (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Fichas , Planilhas Denominador : Fichas , Planilhas	5	3	3	3	3	3,4
3	Proporção de menores de 5 anos de idade na população (RIPSA, 2008)	Numerador : Fichas Denominador : Fichas	5	4	3	3	3	3,6
4	Proporção de idosos na população (RIPSA, 2008)	Numerador : Fichas Denominador : Fichas	5	3	3	3	3	3,4
5	Taxa bruta de natalidade (RIPSA, 2008)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas, Prontuários, Planilhas e VD Denominador : Sistema de Informação e Fichas	5	4	4	4	4	4,2
6	Taxa bruta de mortalidade (RIPSA, 2008)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas, Prontuários Denominador : Sistema de Informação , Fichas, Prontuários	5	4	3	4	4	4,0
7	Mortalidade Proporcional por idade (RIPSA, 2008)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas, Prontuários Denominador : Sistema de Informação , Fichas, Prontuários	5	4	4	4	4	4,2

INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS				
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Utilização	
1	Taxa de analfabetismo (RIPSA, 2008)	Percentual de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem ler e escrever pelo menos um bilhete simples, na população residente da mesma faixa etária, da área, no ano	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com 15 e mais anos de idade que não sabem escrever um bilhete simples}}{\text{população total residente desta faixa etária}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação: Permite analisar o grau de analfabetismo e assim subsidiar ações intersetoriais com escola, ONG local que permitam a reinserção dessas pessoas na escola.
2	Níveis de escolaridade (RIPSA, 2008)	Distribuição percentual da população residente de 15 e mais anos de idade, por grupos de anos de estudo, em determinada área, no ano	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com 15 e mais anos de idade por grupo de anos de estudo}}{\text{população total residente desta faixa etária}} \times 100$ (Categorias: menos de 1, 1 a 3, 4 a 7, 8 e mais anos de estudo)	Diagnóstico / Avaliação: Retrata níveis baixos de escolaridade dos pais comprometendo as condições de saúde da criança; dificuldade de adesão ao tratamento, baixa renda, subemprego, baixa auto-estima.
3	Proporção de pobres (RIPSA, 2008)	Percentual da população residente com renda mensal per capita de até meio salário mínimo, em determinada área, no ano	$\frac{\text{População residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo}}{\text{população total residente}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação: Identifica grupos de maior vulnerabilidade social. Permite estabelecer rede de apoio para melhoria das condições gerais de vida como escolaridade, geração de renda, além de estabelecer interface com outros setores e parceiros da comunidade.
4	Taxa de trabalho infantil (RIPSA, 2008)	Percentual da população residente de 10 a 14 anos de idade que se encontra trabalhando ou procurando trabalho na semana de referência, em determinada área, no ano	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de crianças residentes de 10 a 15 anos de idade que se encontram trabalhando ou procurando emprego na semana de referência}}{\text{população total residente desta mesma faixa etária}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação: Identifica grupos com maior vulnerabilidade social. Estimula a equipe na construção de grupos de apoio nas equipes assim como ações intersetoriais. Permite nortear a discussão com as famílias para outras alternativas de geração de renda e reinserção das crianças na escola.
5	Proporção de crianças de 7-14 anos inseridas na escola (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de crianças de 7-14 anos inseridas na escola no total de crianças na faixa etária em determinada área, no período	$\frac{\text{número de crianças de 7 a 14 anos na escola em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de crianças de 7 a 14 anos no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação: Identifica grupos de maior vulnerabilidade social. Permite articulação com as escolas, crechas do território e outros dispositivos legais para reinserção das crianças na escola, reduzindo a evasão escolar.

INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS (Folha 2)				
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Utilização	
6	Proporção de pessoas de 15 anos ou mais desempregadas (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de pessoas de 15 anos ou mais desempregadas no total de pessoas na faixa etária em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas de 15 anos ou mais desempregadas em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas de 15 anos ou mais, no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação: Identifica situações de vulnerabilidade social . Ajuda na programação de ações intersetoriais que permitam a inclusão desse grupo em cursos profissionalizantes, banco de emprego além da formação de grupos na unidade que estimulem a geração de renda.
7	Proporção de famílias chefiadas por mulheres (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de famílias chefiadas por mulheres no total de famílias cadastradas em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de famílias chefiadas por mulheres, em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de famílias cadastradas, no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico e Avaliação: Propicia a criação de rede de apoio a este grupo, dá uma idéia indireta da renda da família , É um fator de risco para violência contra criança, abuso de álcool, stress, drogas , etc... Ajuda na organização à atenção à essa família , haja vista que no horário normal ela está trabalhando.
8	Proporção de famílias com participação em grupos comunitários (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de famílias com participação em grupos comunitários no total de famílias cadastradas em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de famílias com participação em grupos comunitários, em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de famílias cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico: Propicia a equipe conhecer a participação popular no território mapeando ações que envolvem toda a comunidade. Avaliação: É uma avaliação da própria equipe, já que a estratégia tem como diretriz fomentar as ações de promoção de saúde no território..
9	Proporção de famílias com casas de material aproveitado e/ou piso de chão e barro (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de famílias com casas de material aproveitado e/ou piso de chão e barro no total de famílias cadastradas em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de famílias com casa de material aproveitado e/ou piso e chão de barro}}{\text{n}^\circ \text{ de famílias cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação: Identifica as famílias com maior vulnerabilidade às questões ambientais e com maior exposição às doenças infecto-contagiosas. Permite articular ações com outras secretarias que ajudem na melhoria das condições de moradia assim como ONGs e outros parceiros locais.
10	Proporção de famílias com lixo a céu aberto (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de famílias com lixo à céu aberto no total de famílias cadastradas em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de famílias com lixo à céu aberto em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de famílias cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação: Identifica as famílias com maior vulnerabilidade às questões ambientais e com maior exposição às doenças infecto-contagiosas. Demandam a organização de ações de educação em saúde que minimizem esse problema. Subsídia a organização de reuniões comunitárias que discutam ações para conjuntas para melhoria das condições de saneamento básico, assim como articulação com outros setores.
11	Proporção de famílias sem acesso à rede geral de abastecimento de água (RIPSA, 2008 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de famílias sem acesso à rede geral de abastecimento no total de famílias cadastradas em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de famílias sem acesso à rede geral de abastecimento de água}}{\text{n}^\circ \text{ de famílias cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$	
12	Proporção de famílias com fezes e urina a céu aberto (RIPSA, 2008 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de famílias com fezes e urina à céu aberto no total de famílias cadastradas em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de famílias com fezes e urina à céu aberto}}{\text{n}^\circ \text{ de famílias cadastradas no mesmo local e período}} \times 100$	

INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS - RESULTADO DA AVALIAÇÃO								
Indicador	FONTES DE DADOS	Critérios para Seleção do Indicador						
		Aplicabilidade no nível local	Facilidade na obtenção dos dados	Cobertura do preenchimento	Atualidade	Qualidade do dado	Média de Notas	
1	Taxa de analfabetismo (RIPSA, 2008)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas Denominador: Sistema de Informação , Fichas	5	4	3	3	3	3,6
2	Níveis de escolaridade (RIPSA, 2008)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas Denominador: Sistema de Informação , Fichas	5	3	3	3	3	3,4
3	Proporção de pobres (RIPSA, 2008)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas Denominador: Sistema de Informação , Fichas	5	4	3	3	3	3,6
4	Taxa de trabalho infantil (RIPSA, 2008)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas Denominador: Sistema de Informação , Fichas	5	2	2	2	2	2,6
5	Proporção de crianças de 7-14 anos inseridas na escola (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas Denominador: Sistema de Informação , Fichas	5	4	4	3	3	3,8
6	Proporção de pessoas de 15 anos ou mais desempregadas (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas Denominador: Sistema de Informação , Fichas	5	3	3	3	3	3,4
7	Proporção de famílias chefiadas por mulheres (Monitoramento na AB, 2004)	NÃO COLOCARAM AS FONTES	5	2	0	0	0	1,4
8	Proporção de famílias com participação em grupos comunitários (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas Denominador: Sistema de Informação , Fichas	5	4	3	3	3	3,6
9	Proporção de famílias com casas de material aproveitado e/ou piso de chão e barro (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas Denominador: Sistema de Informação , Fichas	5	4	3	3	3	3,6

Indicador	FONTES DE DADOS	Critérios para Seleção do Indicador						
		Aplicabilidade no nível local	Facilidade na obtenção dos dados	Cobertura do preenchimento	Atualidade	Qualidade do dado	Média de Notas	
10	Proporção de famílias com lixo a céu aberto (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas Denominador: Sistema de Informação , Fichas	5	4	3	3	3	3,6
11	Proporção de famílias sem acesso à rede geral de abastecimento de água (RIPSA, 2008 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas Denominador: Sistema de Informação , Fichas	5	4	3	3	3	3,6
12	Proporção de famílias com fezes e urina a céu aberto (RIPSA, 2008 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas Denominador: Sistema de Informação , Fichas	5	4	3	3	3	3,6

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA					
Indicador		Definição	Método de Cálculo	Utilização	
1	COBERTURA	Proporção de crianças menores de 1 ano pesadas no mês (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de crianças menores de 1 ano pesadas no mês no total de crianças na faixa etária em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de crianças menores de 1 ano pesadas no mês em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de crianças menores de 1 ano no mesmo local e período}} \times 100$	Avaliação : Subsídia a avaliação do atendimento da puericultura na unidade. Ajuda no planejamento das consultas e visitas domiciliares de toda equipe. Avalia ainda a adesão das famílias à ESF e o comprometimento da equipe em garantir a puericultura.
2		Proporção de crianças menores de 1 ano com esquema vacinal básico em dia (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de crianças menores de 1 ano com esquema vacinal básico no total de crianças na faixa etária em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de crianças menores de 1 ano com vacina em dia em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de crianças menores de 1 ano no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação : Propicia a organização da equipe para busca ativa de faltosos, atualização da caderneta de vacinação e orientação/monitoramento dos pais em relação ao estado vacinal.
3		Proporção de crianças de 12 a 23 meses com esquema vacinal básico em dia (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de crianças de 12 a 23 meses com esquema vacinal básico em dia no total de crianças na faixa etária determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de crianças de 12 a 23 meses com vacina em dia em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de crianças de 12 a 23 meses no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação : Propicia a organização da equipe para busca ativa de faltosos, atualização da caderneta de vacinação e orientação/monitoramento dos pais em relação ao estado vacinal.
4		Cobertura vacinal (RIPSA, 2008)	Percentual de crianças vacinadas com vacinas específicas no total de crianças na faixa etária em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de crianças menores de um ano de idade vacinadas com a 3}^\circ \text{ dose da tetravalente}}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação : Identifica proporção de crianças em atraso vacinal para determinada vacina propiciando a organização da equipe para busca ativa de faltosos, atualização da caderneta de vacinação e orientação/monitoramento dos pais em relação ao estado vacinal.
5	MORBIDADE	Proporção de hospitalizações de menores de 5 anos por pneumonia (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004; Pacto pela Saúde, 2007)	Percentual de hospitalizações em menores de 5 anos por pneumonia no total de crianças na faixa etária que tiveram pneumonia determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de menores de 5 anos de idade hospitalizadas com pneumonia, em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de menores de 5 anos de idade que tiveram pneumonia, no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação : Pode retratar complicações por falta de orientação ou acesso ao atendimento adequado em relação à doenças prevalentes da infância como a Insuficiência Respiratória Aguda.

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA (Folha 2)					
Indicador		Definição	Método de Cálculo	Utilização	
6	MORBIDADE	Proporção de hospitalizações de menores de 5 anos por desidratação (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004; Pacto pela Saúde, 2007)	Percentual de hospitalizações em menores de 5 anos por desidratação no total de crianças na faixa etária que tiveram desidratação determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de menores de 5 anos de idade hospitalizadas com desidratação, em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de menores de 5 anos de idade que tiveram desidratação, no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação: Pode retratar complicações por falta de orientação ou acesso ao atendimento adequado em relação à doenças prevalentes da infância como a Diarréia
7		Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo (RIPSA, 2008)	Percentual de crianças residentes que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno aos 30, 120 e 180 dias, determinada área, no período	$\frac{\text{número de crianças que se alimentam exclusivamente de leite materno, na idade considerada}}{\text{n}^\circ \text{ total de crianças residentes na idade}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação: Avalia a adoção do aleitamento materno, bem como a assistência ao pré-natal (aconselhamento e estímulo à prática da amamentação). O uso contínuo até os 6 meses retrata o atendimento de puericultura, vínculo com a equipe e suporte nas primeiras semanas.
8		Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004; Pacto pela Saúde, 2007; RIPSA, 2008)	Percentual de nascidos vivos com peso inferior a 2.500 gramas, de mães residentes, em determinada área e período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos com peso menor que 2.500 g em determinado local e período}}{\text{número de nascidos vivos no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação: Permite avaliar qualidade do pré-natal prestado quanto às orientações nutricionais e aponta conduta de risco das gestantes. É importante para organizar ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento desses bebês considerados de risco (morbi-mortalidade neonatal).
9		Proporção de menores de 1 ano de idade com peso abaixo do P10 (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de crianças menores de 1 ano com peso abaixo de P10 no total de crianças na faixa etária em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de menores de 1 ano com peso abaixo de P10 em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de menores de 1 ano no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação: Identifica as crianças em risco nutricional e desnutridas para priorização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Permite à equipe estabelecer rede de apoio além de estimular aleitamento materno. É um indicador já utilizado pela Vigilância Nutricional.
10		Proporção de crianças de 12-23 meses e 29 dias com peso abaixo do P10 (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de crianças de 12-23 meses com peso abaixo de P10 no total de crianças na faixa etária em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de crianças de 12-23 meses e 29 dias com peso abaixo de P10 em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de crianças de 12-23 meses e 29 dias no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação: Identifica as crianças em risco nutricional e desnutridas para priorização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Permite à equipe estabelecer rede de apoio além de estimular aleitamento materno. É um indicador já utilizado pela Vigilância Nutricional.

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA (Folha 3)				
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Utilização	
11	Taxa de mortalidade infantil (RIPSA, 2008; Pacto pela Saúde, 2007)	Nº de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente na área, no período	nº de óbitos de residentes com menos de um ano de idade / nº de nascidos vivos de mães residentes x 1000	Diagnóstico / Avaliação: Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, assim como a criança no primeiro ano de vida. Reflete de maneira geral as condições de vida da população. É obrigatório a investigação do óbito junto com o Serviço de Vigilância em Saúde
12	Taxa de mortalidade neonatal precoce (RIPSA, 2008; Pacto pela Saúde, 2007)	Nº de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente na área, no período	nº de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade / nº de nascidos vivos de mães residentes x 1000	Diagnóstico / Avaliação: Reflete as condições de vida da mãe e avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal, no parto e ao recém-nascido. Sinaliza para a necessidade de visitas domiciliares da equipe na primeira semana de vida.
13	Taxa de mortalidade neonatal tardia (RIPSA, 2008; Pacto pela Saúde, 2007)	Nº de óbitos de menores de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente na área, no período	nº de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade / nº de nascidos vivos de mães residentes x 1000	Diagnóstico / Avaliação: Reflete as condições de vida da mãe e avalia o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e principalmente ao parto e ao recém-nascido. Por complicações da prematuridade e infecção hospitalar.
14	Taxa de mortalidade perinatal (RIPSA, 2008)	Nº de óbitos ocorridos no período perinatal por mil nascimentos totais, na população residente em determinada área, no período	soma do número de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais) e de óbitos de crianças de 0 a 6 dias completos de vida, ambos de mães residentes / número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação) x 1.000	Diagnóstico / Avaliação: Reflete as condições de acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência pré-natal, parto e ao recém nascido. Subsidiaria a organização e necessidade de qualificação das ações no pré-natal e após o nascimento.
15	Taxa de mortalidade pós-neonatal (RIPSA, 2008)	Nº de óbitos de menores de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente na área, no período	nº de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes x 1000	Diagnóstico / Avaliação: Reflete o incentivo ao aleitamento materno, acesso e qualidade do atendimento na puericultura. As principais causas da mortalidade pós-neonatal são as doenças infecciosas que refletem péssimas condições de saneamento básico, pobreza, e baixa escolaridade.

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA (Folha 4)					
Indicador		Definição	Método de Cálculo	Utilização	
16	MORTALIDADE	Taxa de Mortalidade Infantil por diarreia (Pacto pela Saúde, 2007)	Nº de óbitos de menores de um ano de idade por diarreia, por mil crianças menores de 1 ano, na população residente na área, no período	nº de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por doenças diarreicas em determinado local e período / nº total de crianças menores de 1 ano de idade no mesmo local e período x 1.000	Diagnóstico / Avaliação: Pode retratar complicações por falta de orientação ou acesso ao atendimento adequado em relação às doenças diarreicas.
17		Coefficiente de mortalidade infantil por pneumonia (Pacto pela Saúde, 2007)	Nº de óbitos de menores de um ano de idade por pneumonia, por mil crianças menores de 1 ano, na população residente na área, no período	nº de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por pneumonia em determinado local e período / nº total de crianças menores de 1 ano de idade no mesmo local e período x 1.000	Diagnóstico / Avaliação: Pode retratar complicações por falta de orientação ou acesso ao atendimento adequado em relação às Infecções Respiratórias Agudas (IRAs)
18		Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (RIPSA, 2008)	Nº de óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinada área, no ano	Número de óbitos de residentes com menos de cinco anos de idade / número de nascidos de mães residentes x 1.000	Diagnóstico / Avaliação: Retrata o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da atenção materno-infantil. Pode retratar complicações por falta de orientação ou acesso ao atendimento adequado em relação às doenças diarreicas. Subsidia a organização e qualificação do atendimento

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA -RESULTADO DA AVALIAÇÃO								
Indicador	FONTES DE DADOS	Critérios para Seleção do Indicador						
		Aplicabilidade no nível local	Facilidade na obtenção dos dados	Cobertura do preenchimento	Atualidade	Qualidade do dado	Média de Notas	
1	Proporção de crianças menores de 1 ano pesadas no mês (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação Denominador: Sistema de Informação	5	5	5	5	4	4,8
2	Proporção de crianças menores de 1 ano com esquema vacinal básico em dia (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação Denominador: Sistema de Informação	5	5	5	5	4	4,8
3	Proporção de crianças de 12 a 23 meses com esquema vacinal básico em dia (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação Denominador: Sistema de Informação	5	5	5	5	4	4,8
4	Cobertura vacinal (RIPSA, 2008)	Numerador : Outros (Cartão da criança) Denominador: Sistema de Informação	3	5	5	4	4	4,2
5	Proporção de hospitalizações de menores de 5 anos por pneumonia (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004; Pacto pela Saúde, 2007)	Numerador : Sistema de Informação Denominador: Sistema de Informação	5	5	5	5	5	5,0
6	Proporção de hospitalizações de menores de 5 anos por desidratação (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004; Pacto pela Saúde, 2007)	Numerador : Sistema de Informação Denominador: Sistema de Informação	4	5	5	5	5	4,8
7	Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo (RIPSA, 2008)	Numerador : Sistema de Informação, Prontuários Denominador: Sistema de Informação, Prontuários	5	5	5	5	4	4,8
8	Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004; Pacto pela Saúde, 2007; RIPSA, 2008)	Numerador : Sistema de Informação Denominador: Sistema de Informação	5	5	5	5	5	5,0

	Indicador	FONTES DE DADOS	Critérios para Seleção do Indicador					Média de Notas
			Aplicabilidade no nível local	Facilidade na obtenção dos dados	Cobertura do preenchimento	Atualidade	Qualidade do dado	
9	Proporção de menores de 1 ano de idade com peso abaixo do P10 (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação, Prontuários , Outros (cartão da CÇ) Denominador : Sistema de Informação, Prontuários , Outros (cartão da CÇ)	5	3	5	5	5	4,6
10	Proporção de crianças de 12-23 meses e 29 dias com peso abaixo do P10 (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação, Prontuários , Outros (cartão da CÇ) Denominador : Sistema de Informação, Prontuários , Outros (cartão da CÇ)	5	3	5	5	5	4,6
11	Taxa de mortalidade infantil (RIPSAs, 2008; Pacto pela Saúde, 2007)	Numerador : Sistema de Informação Denominador : Sistema de Informação	5	5	5	5	5	5,0
12	Taxa de mortalidade neonatal precoce (RIPSA, 2008; Pacto pela Saúde, 2007)	Numerador : Sistema de Informação Denominador : Sistema de Informação	5	5	5	5	5	5,0
13	Taxa de mortalidade neonatal tardia (RIPSAs, 2008; Pacto pela Saúde, 2007)	Numerador : Sistema de Informação Denominador : Sistema de Informação	5	5	5	5	5	5,0
14	Taxa de mortalidade perinatal (RIPSA, 2008)	Numerador : Prontuários Denominador : Prontuários	5	5	5	5	5	5,0
15	Taxa de mortalidade pós-neonatal (RIPSA, 2008)	Numerador : Prontuários Denominador : Prontuários	5	5	5	5	5	5,0
16	Taxa de Mortalidade Infantil por diarreia (Pacto pela Saúde, 2007; RIPSA, 2008)	Numerador : Sistema de Informação Denominador : Sistema de Informação	5	5	5	5	5	5,0
17	Coefficiente de mortalidade infantil por pneumonia (Pacto pela Saúde, 2007)	Numerador : Sistema de Informação Denominador : Sistema de Informação	5	5	5	5	5	5,0
18	Taxa de mortalidade em menores de 5 anos (RIPSA, 2008)	Numerador : Sistema de Informação Denominador : Sistema de Informação	4	5	5	5	5	4,8

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE (10-19 anos)					
Indicador		Definição	Método de Cálculo	Utilização	
1	MORBIDADE	Mortalidade Proporcional de Adolescentes (SIAB, 2005)	Percentual de óbitos em adolescentes no total de óbitos ocorridos em determinado local e período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos em adolescentes de em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ total de óbitos no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico: Aponta o problema da violência e dos acidentes que acometem um grande número de adolescentes nessa faixa etária.
2		Taxa de Mortalidade por violência entre adolescentes	Número de óbitos em adolescentes por violência por 100.000 adolescentes	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos em adolescentes entre 10-19 anos por violência/população de adolescentes da área}}{100.000}$	Diagnóstico: Aponta para o risco do adolescente da área morrer por violência.
3	COBERTURA	Proporção de adolescentes que frequentam grupos na unidade	Percentual de adolescentes que frequentam grupos na unidade	$\frac{\text{Número de adolescentes que frequentam grupos na unidade}}{\text{n}^\circ \text{ de adolescentes cadastrados no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação : Aponta para o acesso dos adolescentes à unidade assim como vínculo e adesão as atividades propostas. Ajuda na programação de ações de promoção de saúde junto aos adolescentes e desperta o protagonismo juvenil.
4		Proporção de adolescentes com baixo e muito baixo IMC para idade	Percentual de adolescentes com baixo e muito baixo IMC para a idade	$\frac{\text{Número de adolescentes que frequentam grupos na unidade}}{\text{n}^\circ \text{ de adolescentes cadastrados no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico: Permite a organização de grupos educativos para orientação. O cálculo do estado nutricional qualifica o atendimento ao adolescente. Aponta ainda para possíveis transtornos alimentares característicos da idade. Obs: Para este indicador é importante associar os estágios de maturação sexual .
5		Proporção de adolescentes com excesso de peso para idade	Percentual de adolescentes com excesso de peso para a idade	$\frac{\text{Número de adolescentes que frequentam grupos na unidade}}{\text{n}^\circ \text{ de adolescentes cadastrados no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico: Permite a organização de grupos educativos para orientação. O cálculo do estado nutricional qualifica o atendimento ao adolescente. Aponta ainda para possíveis transtornos alimentares característicos da idade. Obs: Para este indicador é importante associar os estágios de maturação sexual .
6		Proporção de adolescentes com vacina em dia	Percentual de adolescentes com esquema vacinal em dia para faixa etária em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de adolescentes com vacina em dia em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de adolescentes no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico / Avaliação : Propicia a organização da equipe para busca ativa de faltosos e atualização da caderneta de vacinação . Aponta ainda para busca desse adolescente pelo atendimento na unidade de saúde.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE (10-19 anos) - RESULTADO DA AVALIAÇÃO								
Indicador	FONTES DE DADOS	Critérios para Seleção do Indicador						
		Aplicabilidade no nível local	Facilidade na obtenção dos dados	Cobertura do preenchimento	Atualidade	Qualidade do dado	Média de Notas	
1	Mortalidade Proporcional de Adolescentes (SIAB, 2005)	Numerador : Sistema de Informação Denominador : Sistema de Informação	5	5	5	5	5	5,0
2	Taxa de Mortalidade por violência entre adolescentes	Numerador : Sistema de Informação Denominador : Sistema de Informação	5	5	5	5	5	5,0
3	Proporção de adolescentes que frequentam grupos na unidade	Numerador : Fichas Denominador : Sistema de Informação	3	2	2	2	2	2,2
4	Proporção de adolescentes com baixo e muito baixo IMC para idade	Numerador : Fichas Denominador : Sistema de Informação	3	3	2	2	2	2,4
5	Proporção de adolescentes com excesso de peso para idade	Numerador : Fichas Denominador : Sistema de Informação	4	3	2	2	2	2,6
6	Proporção de adolescentes com vacina em dia	Numerador : Outros (Busca ativa) Denominador : Sistema de Informação	4	2	1	1	1	1,8

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER					
Indicador		Definição	Método de Cálculo	Utilização	
1	COBERTURA	Proporção de gestantes com consulta pré-natal no mês (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de gestantes que tenha comparecido à consulta de pré-natal no mês no total de gestantes cadastradas em determinada área, no período	Nº de gestantes com consulta pré-natal no mesmo, em determinado local e período / nº de gestantes cadastradas no mesmo período x 100	Avaliação : Permite avaliar a adesão ao pré-natal. É possível mapear gestantes faltosas e orientar ACS para busca ativa de faltosos e/ou visitas domiciliares da equipe. É um informação atual e ajuda na programação do mês seguinte.
2		Proporção de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre no total de gestantes cadastradas em determinada área, no período	nº de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, em determinado local e período / nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período x 100	Avaliação : Permite avaliar a captação precoce das gestantes para o pré-natal na unidade além de sinalizar facilidade no acesso às consultas de pré-natal e vínculo com a equipe.
3		Proporção de gestantes com vacina em dia (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de gestantes com vacina em dia no total de gestantes cadastradas em determinada área, no período	nº de gestantes com vacina em dia, em determinado local e período / nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período x 100	Avaliação: Permite avaliar a qualidade da assistência prestada no pré-natal , assim como identificar gestantes com atraso vacinal e estratégias de atualização da caderneta de vacinação
4		Cobertura de consultas de pré-natal (RIPSA, 2008)	Distribuição percentual de mulheres com filhos nascidos vivos segundo o número de consultas pré-natal, na população residente em determinada área, no período	nºde nascidos vivos de mulheres residentes, segundo o número de consultas de pré-natal / número total de nascidos vivos de mulheres residentes x 100	Avaliação: Permite avaliar a adesão ao pré-natal, além do acesso e da qualidade da assistência prestada na unidade através do número de consultas de pré-natal. Aponta para a organização de estratégias de médicos e enfermeiros para acompanhamento mensal de todas as gestantes cadastradas.
5		Proporção da População feminina em uso de métodos anticoncepcionais (RIPSA, 2008)	Percentual da população de mulheres em idade fértil fazendo uso de métodos anticoncepcionais, residentes em determinada área, no período	número de mulheres na faixa etária, usando métodos anticoncepcionais / população feminina desse grupo etário x 100	Diagnóstico / Avaliação: Sinaliza o acesso as ações de planejamento familiar e permite a equipe programação de novos grupos e consultas para esse grupo.
6		Razao de exames citopatologico cervico-vaginais na faixa etaria de 25 a 59 anos em relacao a populacao-alvo, em determinado local, por ano (Pacto pela Saúde, 2007)	Número de exames citopatológicos cervico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos em determinado local e período em relação ao número de mulheres nessa faixa etária, no período	Número de exames citopatológicos cervico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos em determinado local e período / nº total de mulheres de 25 a 59 anos no mesmo local e período	Diagnóstico / Avaliação: Permite a equipe organização da agenda em relação ao exame do preventivo nesta faixa etária. Organização de ampliação da oferta através de estratégias de captação para mulheres com dificuldade de acesso em função do trabalho e do horário de funcionamento da unidade.

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER (Folha 2)					
Indicador		Definição	Método de Cálculo	Utilização	
7	COBERTURA	Proporção de gestantes acompanhadas (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de gestantes acompanhadas pelo ACS em visitas domiciliares no total de gestantes cadastradas em determinada área, no período	nº de gestantes acompanhadas pelo agente comunitário em VD mensal , em determinado local e período / nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período x 100	Avaliação : Permite avaliar a regularidade das VD dos ACS e orientá-los para programação das visitas domiciliares a esse grupo que é considerado prioritário.
8	MORBIDADE	Proporção de gestantes menores de 20 anos de idade (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de gestantes menores de 20 anos no total de gestantes cadastradas em determinada área, no período	nº de gestantes menores de 20 anos de idade cadastradas, em determinado local e período / nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período x 100	Diagnóstico / Avaliação: Permite conhecer a proporção de adolescentes gestantes na comunidade e articular ações multidisciplinares com a rede para este grupo. Subsídia a programação de consultas na saúde bucal e organização de grupos de preparo para o parto e cuidados com o bebê.
9		Proporção de mulheres com gestação de risco (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de mulheres com gestação de risco no total de gestantes cadastradas em determinada área, no período	nº de mulheres com gestação de risco, em determinado local e período / nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período x 100	Diagnóstico / Avaliação: Subsídia a articulação com a rede de referência para as gestantes de risco.
10	MORTALIDADE	Mortalidade Proporcional de mulheres (10-49 anos) (SIAB, 2005)	Percentual de óbitos em mulheres de 10 a 49 anos no total de óbitos ocorridos em determinado local e período	nº de óbitos em mulheres de 10 a 49 anos de idade em determinado local e período / nº total de óbitos no mesmo local e período x 100	Diagnóstico / Avaliação: Avalia o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência ao a mulher em idade fértil. É obrigatório a investigação do óbito junto com o Serviço de Vigilância em Saúde.
11		Razão de mortalidade materna (Pacto pela Saúde, 2007; RIPSAs, 2008)	Nº de óbitos femininos por causa materna em determinado local e período em relação ao número de nascidos vivos no mesmo local e período	Nº de óbitos femininos por causa materna em determinado local e período / número de nascidos vivos no mesmo local e período x 100.000	Diagnóstico / Avaliação: Retrata a qualidade da atenção à saúde da mulher. Subsídia a organização e necessidade de qualificação das ações no pré-natal, parto e puerpério.

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER								
Indicador	FONTES DE DADOS	Critérios para Seleção do Indicador						
		Aplicabilidade no nível local	Facilidade na obtenção dos dados	Cobertura do preenchimento	Atualidade	Qualidade do dado	Média de Notas	
1	Proporção de gestantes com consulta pré-natal no mês (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Fichas, Prontuários, Outros (PMA2 e ficha D) Denominador: Fichas, Outros (SSA2)	5	5	5	4	4	4,6
2	Proporção de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação, Fichas, Outros (SSa2, SISPRENATAL) Denominador: Fichas, Outros (SSA2)	5	5	4	4	4	4,4
3	Proporção de gestantes com vacina em dia (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Prontuários, Outros (Cartão de vacina, SSa2, cartão de gestante) Denominador: Fichas, Outros (SSA2)	5	5	4	4	3	4,2
4	Cobertura de consultas de pré-natal (RIPSA, 2008)	Numerador : Prontuários Denominador: Fichas, Outros (SSA2)	2	2	4	4	4	3,2
5	Proporção da População feminina em uso de métodos anticoncepcionais (RIPSA, 2008)	Numerador : Nenhum Denominador: Fichas, Outros (Cadastro)	3	1	1	1	1	1,4
6	Razão de exames citopatológico cervico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação a população-alvo, em determinado local, por ano (Pacto pela Saúde, 2007)	Numerador : Fichas, Outros (SITEC, Livro de preventivo) Denominador: Fichas, Outros (Cadastro, A2)	5	4	5	5	5	4,8
7	Proporção de gestantes acompanhadas (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador: Fichas, Outros (SSA2) Denominador: Fichas, Outros (SSA2)	5	5	5	5	4	4,8
8	Proporção de gestantes menores de 20 anos de idade (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador: Fichas, Outros (SSA2 e PMA2) Denominador: Fichas, Outros (SSA2)	5	5	5	5	5	5,0
9	Proporção de mulheres com gestação de risco (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador: Prontuários Denominador: Fichas, Outros (SSA2)	4	3	3	3	3	3,2
10	Mortalidade Proporcional de mulheres (10- 49 anos) (SIAB, 2005)	Numerador: Fichas, Outros (SSA2) Denominador: Fichas, Outros (SSA2)	5	5	5	5	5	5,0
11	Razão de mortalidade materna (Pacto pela Saúde, 2007; RIPSA, 2008)	Denominador: Outros (SSA2)	NÃO COLOCARAM NOTA - COMENTÁRIO : PRECISA DA DEFINIÇÃO DE MORTALIDADE MATERNA					0,0

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO					
Indicador		Definição	Método de Cálculo	Utilização	
1	COBERTURA	Proporção de portadores de hipertensão arterial acompanhados (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de portadores de hipertensão arterial acompanhadas pelo ACS em visitas domiciliares no total de hipertensos cadastrados em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de hipertensos acompanhados pelo ACS em visita mensal, em determinado área, no período}}{\text{n}^\circ \text{ de hipertensos cadastrados na mesma área e período}} \times 100$	Avaliação : Permite avaliar a regularidade das VD dos ACS e orientá-los para programação das visitas domiciliares aos grupos considerados prioritários.
2		Proporção de portadores de diabetes mellitus acompanhados (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de portadores de diabetes mellitus acompanhados pelo ACS em visitas domiciliares no total de diabéticos cadastrados em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de diabéticos acompanhados pelo ACS em visita mensal, em determinado área, no período}}{\text{n}^\circ \text{ de diabéticos cadastrados na mesma área e período}} \times 100$	
3		Proporção de portadores de tuberculose acompanhados (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de portadores de tuberculose acompanhados pelo ACS em visitas domiciliares no total de tuberculosos cadastrados em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com tuberculose acompanhadas pelo ACS em visita mensal, em determinado área, no período}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com tuberculose na mesma área e período}} \times 100$	
4		Proporção de portadores de Hanseníase acompanhados (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de portadores de hanseníase acompanhados pelo ACS em visitas domiciliares no total de tuberculosos cadastrados em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com hanseníase acompanhadas pelo ACS em visita mensal, em determinado área, no período}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com hanseníase na mesma área e período}} \times 100$	
5	MORBIDADE	Proporção de hospitalizações por complicações de diabetes mellitus (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004; Pacto pela Saúde, 2007)	Percentual de hospitalizações por complicações de diabetes no total de hospitalizações em determinada área, no período	$\frac{\text{número de internações por complicações de diabetes mellitus em determinado local e período}}{\text{total das hospitalizações (exceto partos) no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico/ Avaliação: Retrata complicações por falta de orientação ou acesso ao atendimento adequado. Avalia a qualidade da assistência prestada. Sinaliza a dificuldade para manter adequados níveis glicêmicos, pressão arterial e colesterol.
6		Taxa de detecção (incidência) de hanseníase (RIPSA, 2008 ; Monitoramento na AB, 2004)	Nº de casos novos diagnosticados de hanseníase, por 10 mil habitantes, na população residente em determinado local e período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de casos novos confirmados de hanseníase na população residente}}{\text{população total residente no mesmo local e período}} \times 10.000$	Diagnóstico/ Avaliação: Avaliar a identificação de casos novos de hanseníase e subsidia novas estratégias para aumentar a captação. Aponta para a organização do processo de trabalho de modo que haja monitoramento deste grupo considerado prioritário

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO (Folha 2)				
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Utilização	
7	Taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarro (RIPSA, 2008)	Percentual de fumantes regulares de cigarro, na população de 15 anos ou mais de idade, residentes em determinado local, no período	n° de indivíduos de 15 anos ou mais de idade que fumam atualmente e já fumaram pelo menos 100 cigarros na vida / n° de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes x100	Diagnóstico/ Avaliação: Aponta para a organização das ações de captação de usuários para o tratamento do tabagismo através de grupos multidisciplinares, oficinas de escuta e consultas individuais. Sinaliza grupos de risco. Tem um custo maior porque é preciso realizar o estudo através de inquéritos. Que seja de 2 em 2 anos, mas precisa de um estudo independente.
8	Taxa de prevalência de excesso de peso (RIPSA, 2008)	Percentual de indivíduos com IMC maior ou igual a 25 kg/m ² , na população de 15 anos ou mais, residentes em determinado local, no período	n° de indivíduos de 15 anos ou mais de idade que apresentam IMC maior ou igual a 25 kg/m ² / n° de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes x 100	Diagnóstico/ Avaliação: Aponta para a organização de ações intersetoriais que propiciem a oferta de atividades físicas em conjunto com a unidade. Sinaliza grupos de risco e subsidia a organização de práticas corporais na unidade. Tem um custo maior porque é preciso realizar o estudo através de inquéritos. Que seja de 2 em 2 anos, mas precisa de um estudo independente.
9	Taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool (RIPSA, 2008)	Percentual estimado de indivíduos que consome bebidas alcoólicas em quantidade e frequência considerada de risco, na população de 15 anos ou mais, residente em determinado local, no período	n° de indivíduos de 15 anos e mais de idade com consumo excessivo * de bebidas alcoólicas / n° de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes x100 * Maior de 2 doses/dia para homens e maior de 1 dose/dia para mulheres	Diagnóstico/ Avaliação: Sinaliza grupos de risco. Aponta para a organização de grupos de convivência que discutam essa temática. Estabelece rede de apoio com outros parceiros dentro e fora da comunidade. Tem um custo maior porque é preciso realizar o estudo através de inquéritos. Que seja de 2 em 2 anos, mas precisa de um estudo independente.
10	Taxa de prevalência de atividade física insuficiente (RIPSA, 2008)	Percentual estimado de indivíduos insuficientemente ativos, na população de 15 a 69 anos de idade, residentes em determinado local e período	número de indivíduos de 15 a 69 anos de insuficientemente ativos/ número de indivíduos de 15 a 69 anos de idade residentes x 100	Diagnóstico/ Avaliação: Aponta para a organização de ações intersetoriais que propiciem a oferta de atividades físicas em conjunto com a unidade. e a organização de grupos de convivência que discutam entre outros os hábitos alimentares e patologias associadas. Tem um custo maior porque é preciso realizar o estudo através de inquéritos. Que seja de 2 em 2 anos, mas precisa de um estudo independente.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO (Folha 3)				
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Utilização	
11	Prevalência de diabetes mellitus (Monitoramento na AB, 2004; RIPSA, 2008)	Número de casos de diabetes mellitus , por 100 habitantes, existentes na população residente em determinado local e na data de referência do ano considerado	nº de casos de diabetes mellitus em residentes, na data de referência do ano considerado / população total residente, ajustada para o meio do ano x 100	Diagnóstico/ Avaliação: Subsídia a organização do processo de trabalho para o monitoramento deste grupo considerado prioritário com programação de consultas, visitas, organização de grupos com temáticas pertinentes. Tem um custo maior porque é preciso realizar o estudo através de inquéritos. Que seja de 2 em 2 anos, mas precisa de um estudo independente.
12	Proporção de tuberculosos que comparece à consulta agendada (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de portadores de tuberculose que comparecem à consulta agendada do total de portadores de tuberculose acompanhados em consulta em determinada área, no período	nº de portadores de tuberculose cadastrados que comparecem à consulta / nº de portadores de tuberculose acompanhados em consulta x 100	Avaliação : Ajuda na avaliação da adesão ao tratamento , mensura faltosos e aponta para organização da busca ativa e outras alternativas de monitoramento como grupos ou visitas domiciliares.
13	Proporção de comunicantes de tuberculose examinados (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de comunicantes de tuberculose examinados no total de comunicantes de tuberculose em determinado local e período	nº de comunicantes de tuberculose examinados, em determinado local e período / nº total de comunicantes de tuberculose no mesmo local e período x 100	Avaliação : Importante para vigilância do agravo e detecção precoce de novos casos da doença.
14	Prevalência de tuberculose (Monitoramento na AB, 2004)	Número de casos de tuberculose, por 100 habitantes, existentes na população residente em determinado local e na data de referência do ano considerado	nº de pessoas com tuberculose , em determinado local e período / população total , no mesmo local e período x 100	Diagnóstico / Avaliação : Subsídia a organização do processo de trabalho para o monitoramento deste grupo considerado prioritário com programação de consultas, visitas, organização de grupos com temáticas pertinentes.
15	Proporção de tuberculosos que toma medicação diária (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de pessoas com tuberculose que tomam medicação diariamente no total de pessoas com tuberculose acompanhadas pela equipe em determinado local e período	nº de pessoas com tuberculose que tomaram, diariamente, a medicação prescrita, em determinado local e período / nº de pessoas acompanhadas com tuberculose , no mesmo local e período x 100	Avaliação : Importante para vigilância do tratamento da tuberculose além de avaliar a adesão ao tratamento e qualidade da assistência prestada haja vista que a multiresistência acontece geralmente na medida que o paciente não toma a medicação diariamente.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO (Folha 4)					
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Utilização		
16	MORBIDADE	Proporção de hansenianos que comparecem à consulta agendada (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de portadores de hanseníase que comparecem à consulta agendada do total de portadores de hanseníase acompanhados em consulta em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de portadores de hanseníase cadastrados que comparecem à consulta}}{\text{n}^\circ \text{ de portadores de hanseníase acompanhados em consulta}} \times 100$	Avaliação : Ajuda na avaliação da adesão ao tratamento , mensura faltosos e aponta para organização da busca ativa e outras alternativas de monitoramento como grupos ou visitas domiciliares.
17		Proporção de comunicantes de hanseníase examinados (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de comunicantes de hanseníase examinados no total de contactantes de hanseníase em determinado local e período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de comunicantes de hanseníase examinados, em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ total de comunicantes de hanseníase, no mesmo local e período}} \times 100$	Avaliação : Importante para vigilância do agravo e detecção precoce de novos casos da doença.
18		Proporção de hansenianos que toma medicação diária (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de pessoas com hanseníase que tomam medicação diariamente no total de pessoas com hanseníase com medicação diária prescrita em determinado local e período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com hanseníase que tomaram, diariamente, a medicação prescrita, em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas acompanhadas com hanseníase com medicação diária prescrita, no mesmo local e período}} \times 100$	Avaliação : Importante para vigilância do tratamento da hanseníase além de avaliar a adesão ao tratamento e qualidade da assistência prestada haja vista que a multiresistência acontece geralmente na medida que o paciente não toma a medicação diariamente.
19		Proporção de hansenianos com grau de incapacidade II e III (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de pessoas com hanseníase com grau de incapacidade II e III no total de pessoas cadastradas com hanseníase em determinado local e período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com hanseníase com grau de incapacidade II e III, em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com hanseníase, no mesmo local e período}} \times 100$	Diagnóstico e avaliação : Importante na construção de ações multidisciplinares com a rede que permitam prevenção e tratamento de incapacidades e previsão de ações de reabilitação e orientações para o auto-cuidado.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO - RESULTADO DA AVALIAÇÃO								
Indicador	FONTES DE DADOS	Critérios para Seleção do Indicador						
		Aplicabilidade no nível local	Facilidade na obtenção dos dados	Cobertura do preenchimento	Atualidade	Qualidade do dado	Média de Notas	
1	Proporção de portadores de hipertensão arterial acompanhados (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação Denominador: Sistema de Informação , Registro dos ACS	5	5	4	5	3	4,4
2	Proporção de portadores de diabetes mellitus acompanhados (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação , Planilhas Denominador: Sistema de Informação , Planilhas	5	5	4	5	3	4,4
3	Proporção de portadores de tuberculose acompanhados (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação, Planilhas, Registro dos ACS	5	5	5	5	5	5,0
4	Proporção de portadores de Hanseníase acompanhados (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	NÃO COLOCARAM AS FONTES	5	5	5	5	5	5,0
5	Proporção de hospitalizações por complicações de diabetes mellitus (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004; Pacto pela Saúde, 2007)	Numerador : Planilhas, Outros (VD) Denominador: Planilhas, Outros (VD)	5	5	4	5	5	4,8
6	Taxa de detecção (incidência) de hanseníase (RIPSA, 2008 ; Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação Denominador: Sistema de Informação	5	5	5	5	5	5,0
7	Taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarro (RIPSA, 2008)	Numerador : Outros (Inquérito) Denominador: Sistema de Informação	5	3	3	3	4	3,6
8	Taxa de prevalência de excesso de peso (RIPSA, 2008)	Numerador : Outros (Inquérito) Denominador: Sistema de Informação	5	3	3	3	5	3,8

Indicador	FONTES DE DADOS	Critérios para Seleção do Indicador						
		Aplicabilidade no nível local	Facilidade na obtenção dos dados	Cobertura do preenchimento	Atualidade	Qualidade do dado	Média de Notas	
9	Taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool (RIPSA, 2008)	Numerador : Outros (Inquérito) Denominador : Sistema de Informação	5	3	3	3	4	3,6
10	Taxa de prevalência de atividade física insuficiente (RIPSA, 2008)	Numerador : Outros (Inquérito) Denominador : Sistema de Informação	5	3	3	3	4	3,6
11	Prevalência de diabetes mellitus (Monitoramento na AB, 2004; RIPSA, 2008)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas, Outros (SSA2) Denominador : Sistema de Informação , Fichas, Outros (SSA2)	5	5	5	5	4	4,8
12	Proporção de tuberculosos que comparece à consulta agendada (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sistema de Informação , Fichas, Outros (Livro de Registro) Denominador : Sistema de Informação , Fichas, Outros (Livro de Registro)	5	5	5	5	5	5,0
13	Proporção de comunicantes de tuberculose examinados (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Planilhas Denominador : Planilhas	5	5	5	5	5	5,0
14	Prevalência de tuberculose (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sstema de Informação, Planilhas Denominador : Planilhas	5	5	5	5	4	4,8
15	Proporção de tuberculosos que toma medicação diária (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Outros (cartão espelho) Denominador : Outros (SSA2)	5	5	5	5	4	4,8
16	Proporção de hansenianos que comparecem à consulta agendada (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Outros (SSA2)	5	5	5	5	4	4,8
17	Proporção de comunicantes de hanseníase examinados (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Sstema de Informação, Fichas, Planilhas Denominador : Planilhas	5	5	5	5	4	4,8
18	Proporção de hansenianos que toma medicação diária (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Outros (cartão espelho) Denominador : Outros (SSA2)	5	5	5	5	4	4,8
19	Proporção de hansenianos com grau de incapacidade II e III (Monitoramento na AB, 2004)	Numerador : Fichas, Outros (PMA2) Denominador : Outros (SSA2)	NÃO COLOCARAM NOTA					0,0

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO (Maior de 60 anos)					
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Utilização		
1	MORBIDADE	Taxa de Incidência de queda nos últimos 12 meses na população >60 anos	Nº de quedas nos últimos 12 meses por 100.000 idosos	nº de idosos que referiram pelo menos 1 episódio de queda nos últimos 12 meses em determinado local e período/ população de idosos no mesmo local e período x 100.000	Diagnóstico : Permite programar ações de prevenção de quedas que são frequentes nesta faixa etária. Tem um custo maior porque é preciso realizar o estudo através de inquéritos. Que seja de 2 em 2 anos, mas precisa de um estudo independente.
2		Prevalência de violência doméstica (psicológica, física, sexual, negligência/abandono e econômica) entre idosos	Percentual de idosos da área vítimas de Violência Doméstica	nº de idosos em situação de violência doméstica /população total de idosos no mesmo local e período x 100	Diagnóstico : Permite programar e estabelecer fluxos de encaminhamentos das situações de risco e construção de rede de apoio. Tem um custo maior porque é preciso realizar o estudo através de inquéritos. Que seja de 2 em 2 anos, mas precisa de um estudo independente.
3		Proporção de idosos com restrição ao domicílio e ao leito	Percentual de idosos da área com restrição ao domicílio e ao leito em determinada área, no período	nº de idosos restritos ao leito em determinado local e período / população de idosos no mesmo local e período x 100	Diagnóstico : Permite programar ações de cuidado domiciliar e visitas de toda equipe e permite a construção de rede de apoio.
4		Proporção de idosos frágeis Parâmetros para considerar o idoso frágil: (> 75 anos, queda nos últimos 12 meses, acamado, hospitalizado nos últimos 12 meses, polipatologias - 5 ou mais patologias, polifarmácia - 5 ou mais medicamentos, com déficit cognitivo, viva só sem apoio familiar e viva situação de violência doméstica)	Percentual de idosos frágeis em determinada área, no período	nº de idosos frágeis em determinado local e período / população de idosos no mesmo local e período x 100	Diagnóstico: Aponta os idosos em risco à partir do momento em que esses parâmetros afetam atividade da vida diária (AVD - exs: tomar banho, se vestir sozinho, cozinhar)

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO (Maior de 60 anos)- RESULTADO DA AVALIAÇÃO								
Indicador	FONTES DE DADOS	Critérios para Seleção do Indicador						
		Aplicabilidade no nível local	Facilidade na obtenção dos dados	Cobertura do preenchimento	Atualidade	Qualidade do dado	Média de Notas	
1	Taxa de Incidência de queda nos últimos 12 meses na população >60 anos	Numerador : Outros (Caderneta do idoso) Denominador: Sistema de Informação	5	3	2	1	1	2,4
2	Prevalência de violência doméstica (psicológica, física, sexual, negligência/abandono e econômica) entre idosos	Numerador : Outros (observação, denúncias) Denominador: Sistema de Informação	5	1	1	1	1	1,8
3	Proporção de idosos com restrição ao domicílio e ao leito	Numerador : Outros (informação dos ACS) Denominador: Sistema de Informação	5	5	5	3	3	4,2
4	Proporção de idosos frágeis	Numerador : Outros (Caderneta do idoso) Denominador: Sem resposta	5	3	2	1	1	2,4

OUTROS INDICADORES				
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Utilização	
1	COBERTURA (SAÚDE BUCAL) Cobertura de primeira consulta odontologica programatica (Pacto pela Saúde, 2007)	Nº de consultas odontológicas programáticas realizadas em em relação à população cadastrada em determinado local e período	número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período / população no mesmo local e período x 100	Avaliação : Sinaliza o acesso da população as consultas de saúde bucal ajudando a equipe na programação de suas atividades mensais .
2	COBERTURA (SAÚDE BUCAL) Média de Procedimentos Odontológicos básicos individuais (Pacto pela Saúde, 2007)	Nº de procedimentos odontológicos básicos individuais realizados em relação à população cadastrada em determinado local e período	número de procedimentos odontológicos básicos individuais m determinado local e período / população total no mesmo local e período	Avaliação : Ajuda a medir resolutividade da equipe de saúde bucal , haja vista que maior número de procedimentos conclusivo representam maior resolutividade no tratamento.
3	COBERTURA (FAMÍLIA) Média mensal de visitas domiciliares por família (Pacto pela Saúde, 2007)	Média de visitas domiciliares por família realizadas pela equipe em relação ao total de famílias cadastradas e o número de meses trabalhados	nº de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, médio e ACS em determinado local e período / nº total de famílias na área x nº de meses, no mesmo local e período	Avaliação : Subsida a organização do planejamento mensal da equipe e avalia se as famílias estão recebendo visita domiciliar.

OUTROS INDICADORES - RESULTADO DA AVALIAÇÃO								
Indicador	FONTES DE DADOS	Critérios para Seleção do Indicador						
		Aplicabilidade no nível local	Facilidade na obtenção dos dados	Cobertura do preenchimento	Atualidade	Qualidade do dado	Média de Notas	
1	Cobertura de primeira consulta odontológica programática (Pacto pela Saúde, 2007)	Numerador : Fichas , Planilhas Denominador: Fichas , Prontuários	5	5	5	5	5	5,0
2	Média de Procedimentos Odontológicos básicos individuais (Pacto pela Saúde, 2007)	Numerador : Fichas , Planilhas Denominador: Fichas , Prontuários	5	5	5	5	5	5,0
3	Média mensal de visitas domiciliares por família (Pacto pela Saúde, 2007)	Numerador : Fichas ,Outros (SSA2, PMA2) Denominador: Outros (SSA2)	5	5	5	5	5	5,0

5.2 DISCUSSÃO DA MATRIZ

De forma geral, os grupos relataram que o material estava visualmente atrativo, bem elaborado, claro e de fácil entendimento, além de considerarem a planilha um elemento facilitador na análise, apesar do grande número de indicadores. Também consideraram positivo o fato da análise do material ter propiciado uma reflexão sobre a prática de cada um na sua equipe em termos de organização do processo de trabalho no dia-a-dia, constatando-se que, muitas vezes, não utilizavam a informação como subsídio para o planejamento e/ou desconhecem os materiais já publicados.

“É porque a gente não tá habituado na nossa prática a usar..., não existe nenhum material publicado pra gente usar na ponta com essas fórmulas. Na verdade são fórmulas, então quando a gente tem a leitura delas parece que é estranho.” (M1)

“Fazer com que toda a equipe tenha consciência de que quanta coisa a gente pode fazer, né....quantas ações a gente pode planejar em cima daqueles dados.”(C1)

Dois grupos sugeriram a inclusão da definição de termos como: “Trabalho Infantil”, “Família Chefiada por Mulheres”, “Mortalidade Materna”, pois não sabiam o que considerar na hora do cálculo. Apesar de terem sido em pequeno número, as sugestões de novas utilizações para os indicadores foram incorporadas ao material.

O tempo para execução da atividade também foi comentado e considerado insuficiente, haja vista que por várias vezes o grupo precisava voltar ao instrutivo e reler as orientações sobre cada critério de avaliação.

5.2.1 Fontes de dados e relatórios disponíveis

Ao avaliar as possíveis fontes de dados e a disponibilidade dos mesmos para a aplicação da fórmula no cálculo do indicador, os grupos divergiram em relação ao que consideraram como sendo parte integrante do Sistema de Informação.

Os grupos que analisavam àqueles relacionados à Mulher, Criança e Adolescente responderam como fonte de dados “OUTROS” e especificaram o SSA2 e o PMA2, como se desassociassem os relatórios mensais do Sistema de Informação, como demonstra as respostas da maioria dos indicadores destes grupos. Em contrapartida, o grupo do Adulto considerou o SSA2 e PMA2 como parte do Sistema de Informação.

A visita domiciliar e o registro dos ACS também foram referidos como fontes de dados pelo grupo que trabalhou os indicadores do Adulto e pelo que analisou os Indicadores Demográficos.

As fichas de cadastro e acompanhamento embora estivessem descritas como opção separada do SI também são parte integrante do mesmo. A opção por separá-las se deu em função de que algumas equipes já não estavam mais usando o sistema GSF. Acredita-se que a não explicação dessa diferença no instrutivo pode ter confundido a análise dos profissionais, evidenciado também no diálogo.

“É tudo pelas fichas.” (D2)

“Aqui a gente tem a ficha da criança, ali tá o dado correto...qual a próxima consulta, qual foi a última? Aí tem que preencher e essa fica com os dados corretos. Porque pelo SIAB não sabe.” (C2)

O item Sistema de Informação compreendia: (1) Sistema operacional – *software* GSF; (2) os relatórios SSA2, PMA2; (3) consolidados A1, A2; (4) Fichas de cadastro (ficha A), acompanhamento (fichas B, C) e Ficha D (Brasil, 1998).

Não estavam compreendidos outros SI como SIM e SINASC porque estes sistemas não estavam descentralizados nas Unidades de Saúde da família.

O SSA2 e o PMA2 apesar de serem relatórios que consolidam a informação dos agentes comunitários e da produção mensalmente, ainda são motivos de confusão e até desconhecimento por parte de alguns membros da equipe, como demonstram o diálogo abaixo:

“SIAB consegue menor de 5 anos?” (D2)

“Não tem não. Só tem menores de 2 anos.” (D1)

“ Ah, é menor de 2, isso mesmo.” (D2)

5.2.2 Consolidação dos dados e discussão em equipe

Os subgrupos verbalizaram muito a necessidade do Sistema de Informação emitir relatórios consolidados dos dados atualizados a partir de fichas e prontuários. A não utilização deste recurso “obriga” a equipe a uma contagem manual através da revisão dos cadastros e registros de VD para então ter uma visão mais ampliada da condição de saúde da comunidade. Tal situação torna o processo menos ágil, afastando ainda mais a equipe da análise da informação para construção do seu plano de ação local, pois torna-se cansativo e de baixa prioridade na visão dos profissionais frente às inúmeras atividades do cronograma. Tal situação é retratada nas falas abaixo:

“ [...] Por exemplo de 0 a 2 anos você vê ali todo mês no SSA2 rapidinho, mas se você quiser um pouquinho a mais..até 5 anos, você não tem...você vai ter que pegar ficha por ficha .” (D2)

“Então eu tenho que parar todo o meu processo de trabalho para conseguir isso...consolidar uma informação que eu tenho disponível, mas que não é de fácil acesso pra mim.” (D1)

“[...]Fiquei pensando que a gente tem a necessidade de ter o tempo todo...mais um instrumento que possa fazer a gente ter uma visualização rápida das coisas, dos indicadores de uma forma geral. Aí não seria nem os indicadores...mas um instrumento de consolidação dos dados , né ?” (D2)

Alguns profissionais ainda lembraram o SSA2 e o PMA2 como instrumentos importantes de consolidação dos dados mensalmente.

“O SSA2, se ele for preenchido adequadamente ele é um excelente instrumento. Teoricamente então, não precisaria nem de outra planilha. Basta o ACS fazer e você confere todas as visitas, fica perfeito não precisa mais nada, não precisa criar mais um documento.” (C3)

Entretanto, embora tenham sido destacados como importantes na consolidação, foi verbalizada a dificuldade de uma discussão em equipe baseada nestes relatórios. Na fala dos participantes fica claro que o que chama de discussão é a consolidação dos dados no final do mês e quase sempre vivenciada apenas pelos enfermeiros e pelos agentes comunitários. É o que se pode perceber nas falas de alguns profissionais

“Por favor, me desculpem os outros profissionais, mas o consolidado acaba virando instrumento do ACS e da enfermeira, porque você faz e na hora quem vai lá sentar com o ACS é o enfermeiro.” (C2)

A reunião de equipe é um importante espaço para discussão de casos clínicos, de fluxos e rotinas da unidade, de insumos, recursos humanos, processos de trabalho e a programação de possíveis ações com o olhar de todos os profissionais independente da categoria profissional.

Para que as ações sejam pactuadas é preciso que todos tenham direito à fala e possam identificar os problemas comuns. Esses espaços de reflexão, diálogo,

argumentação são importantes para a articulação de interesses e entrosamento da equipe.

Peduzzi (2002) enfatiza que o trabalho em equipe pode se organizar na forma de uma equipe integração, na qual há um projeto assistencial em comum, interdependência das áreas técnicas e flexibilidade na divisão do trabalho. Portanto, é preciso que todos reconheçam sua importância no reconhecimento dos problemas encontrados e sua co-responsabilidade no planejamento de ações que possibilitam a mudança na situação de saúde.

“É importante que essa consolidação dos dados não fique restrito ao agente e a enfermeira, entendeu ? Já que se é uma equipe , trabalhar esses dados em equipe. E aí tá envolvendo a odonto (Saúde Bucal), ta envolvendo todo mundo.” (C1)

Franco e Merhy (2001) afirmam que enquanto os trabalhadores não constituírem uma interação entre si, trocando conhecimentos, não se pode dizer que há trabalho em equipe.

É preciso pensar em formas de organização do trabalho que tenham um impacto na assistência e que considerem a possibilidade de realização de um trabalho interdisciplinar, criativo e integrador.

5.2.3 ACS como veículo da informação

Embora todos os profissionais realizem visita domiciliar e conseqüentemente têm acesso à importantes informações sobre o estado de saúde da família, é do ACS que a equipe espera que chegue todas as informações do território.

“ Tudo depende do ACS.” (D2)

“A gente presume que o agente comunitário pergunte, veja o cartão e anote, não é isso?” (M1)

De fato, o Ministério define como uma das atribuições do agente comunitário *“informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades”*. Entretanto é função de toda a equipe dentre outras: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; elaborar com participação da comunidade um planejamento local e promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas (Brasil, 1998).

Portanto, é responsabilidade de toda a equipe orientar, motivar, acompanhar e participar de todo o processo de diagnóstico e planejamento, desde a coleta de informações no cadastramento e nas visitas domiciliares junto aos agentes comunitários quanto na discussão desse material nas reuniões de equipe e no momento de supervisão do trabalho dos ACS. Tal fato foi destacado pelo profissional do grupo na fala abaixo.

“Eles é que estão com esses dados, mas qual a função da equipe ? [...] Tá buscando e tá ali junto com eles ...você não pode deixar por conta deles....o tempo inteiro ta monitorando isso.” (D3)

5.2.4 Supervisão do trabalho dos Agentes

A atribuição do supervisor muitas vezes está atrelada a necessidade “de flagrar anormalidades” com intenção de reprovar ou punir, como demonstra algumas falas abaixo.

“Você vai supervisionar, mas não tem como controlar. Você não ta na área com o agente em todas as microáreas para você saber o número de gestantes...acaba que o que chega pra você é o que numa eventual visita você pega.” (M2)

“Eu sinceramente, quando falo dos dados que o agente traz pra gente, eu fico pensando assim...a gente tem sempre que ta monitorando, ta cobrindo, tá pedindo ...” (D2)

Entretanto, a avaliação que é parte de qualquer planejamento ou sistema de supervisão, não deve visar somente conhecer o que o outro está fazendo, mas acompanhar o desenvolvimento das ações. Para tanto, uma das finalidades deve ser verificar discutindo junto se os objetivos foram alcançados, se os resultados foram positivos e problematizar as questões que possam ter atrapalhado o desenvolvimento das ações.

Neste sentido o objetivo deve ser tornar a supervisão mais participativa, fazendo com que supervisores e supervisionados contribuam para o aperfeiçoamento das atividades programas e padrões de atendimento, tendo em vista a própria qualidade da assistência e seu poder resolutivo dos problemas de saúde.

5.2.5 Organização do Processo de Trabalho

As inúmeras funções assistenciais somadas a necessidade de gerenciamento da unidade, haja vista que não há uma estrutura administrativa nas Unidades de PSF, dificultam muito a organização de um cronograma que inclua a discussão dos dados e o planejamento de ações.

“No dia-a-dia das equipes a gente se envolve tanto com o trabalho, com os atendimentos, com as demandas, com as visitas que a gente

ainda não consegue se organizar e planejar um tempo pra gente trabalhar em cima desses indicadores, né?” (C1)

As limitações e sobrecargas de trabalho geradas pela associação desses fatores, somadas à grande demanda de serviços por parte da população e da Coordenação das equipes, prejudicam e ameaçam inviabilizar as ações de planejamento nas equipes de saúde (Elia, 2009).

A organização do cronograma acaba privilegiando as ações assistenciais, não só por estas serem fundamentais para garantia do acesso ao serviço, mas também pelo despreparo e desconhecimento dos profissionais no que tange os assuntos relacionados à Informação, Diagnóstico e Planejamento.

“Eu não tenho como estar fechando a agenda para discutir o consolidado com os ACS...porque a agenda não dá nem pra dar conta do que eu tenho que fazer. Se eu fechar um dia, eu fico perdida.” (C2)

“Em nenhum momento me foi passado essas informações que estão anotadas aqui. Como eu vou contribuir com uma coisa que eu não tinha noção. Eu não tinha condição de fazer isso.” (C4)

“RIPSA é Roteiro de Indicadores do Estado de Saúde?” (D2)

Em sua pesquisa com profissionais da ESF sobre planejamento local, ELIA (2009) aponta que não há um discurso homogêneo na percepção das metas da equipe, o que pode significar que estas metas não estão suficientemente estabelecidas ou claras para os profissionais. Cada profissional tende a entender de forma distinta as necessidades de saúde e prioridades de ação.

Para Cordeiro (1996) é preciso que o sistema de informação deixe de ser uma pilha de fichas e formulários que só servem para ampliar as esferas de poder das

burocracias, para que se torne, definitivamente instrumentos democráticos de definição e avaliação de metas definidas com participação dos usuários.

5.2.6 Atualização dos dados

Durante a realização da visita domiciliar o ACS deve questionar se o morador tem alguma informação nova sobre sua família, ou se alguma situação apontada na última visita se modificou, se tem novo morador na casa, etc., visando estar sempre atento para saber de fato as informações reais de cada família.

Para que toda a equipe possa utilizar a ficha de cadastro como instrumento auxiliar no atendimento da família e na elaboração de ações pertinentes aos problemas encontrados, é preciso que o agente mantenha atualizados todos os registros.

A atualização da ficha de cadastro deve ser parte integrante da visita domiciliar, entretanto percebe-se que as equipes tendem a dissociar essa ação das demais realizadas na rotina dos profissionais.

As falas dos profissionais abaixo resumem esta prática:

“É, mas ele tá falando que a atualização é contínua... tipo uma rotina... tá sempre lá atualizando... a gente não tem tempo pra isso.” (M6)

“A facilidade na obtenção existiria se as fichas tivessem bem preenchidas ...era só pegar uns cadastros e ir pontuando...mas os dados não estão assimcompletos.” (D3)

“Nem todos os ACS vão ter esse mesmo comprometimento de fazer, de pegar direito... às vezes faz um número aproximação pra não ter

trabalho de pegar todas as fichas, entendeu... então a qualidade do dado não fica boa.” (D1)

É um equívoco pensar que a atualização é uma etapa que só acontece no Cadastramento, ou seja, no primeiro contato da equipe com as famílias, para um diagnóstico inicial e de ano em ano, como se observa em algumas equipes. Desta forma, burocratiza a ação e parece torná-la uma obrigação sem nenhum objetivo.

Planejar as ações baseado em dados não confiáveis pode comprometer não só o sucesso da atividade, como demonstrar completo desconhecimento da equipe em relação ao território. Além de colocar em dúvida o trabalho do próprio ACS, pois o morador informa os dados da sua família para que possa ser atendido nas suas reais necessidades e possa contribuir para o diagnóstico coletivo.

5.2.7 Educação Permanente

A necessidade da educação permanente acerca dos temas relacionados à Informação em Saúde também foi destacado pelos profissionais apesar de reconhecerem que vários treinamentos já foram realizados com esse propósito.

“Teve uma época que eles não sabiam que resfriado era considerado IRA [...] Tive que falar ...depois comecei a ver que o preenchimento estava adequado.” (D2)

A inserção de profissionais de Saúde capacitados e comprometidos com a construção do modelo é parte fundamental da consolidação da ESF.

Para que essa nova prática se concretize é importante que haja profissionais capacitados para planejar, organizar e avaliar as ações que respondam às reais

necessidades locais da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na promoção da saúde (Brasil, 1998).

Como a educação permanente tem como objeto de transformação o processo de trabalho, sempre parte da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado (Ribeiro e Motta).

A identificação das lacunas do conhecimento acerca da informação em saúde, da utilização de indicadores, passando pela discussão em equipe dos instrumentos disponíveis mensalmente certamente ajuda no entendimento da relação entre as atividades desenvolvidas no seu cotidiano e o impacto destas na saúde da população. Atividades com esse enfoque devem ser valorizadas pelas equipes de supervisão e coordenações responsáveis pela ESF para que estimulem a iniciativa do profissional de incorporar tal prática no seu cronograma.

Os cenários apresentados na subseção 6.3 são uma iniciativa da criação desses espaços onde a partir de uma situação (exemplo), as equipes possam não só realizar o diagnóstico, mas estabelecer uma dinâmica de trabalho capaz de pensar coletivamente nos problemas e soluções de forma sistematizada e freqüente.

5.3 MATRIZ DE MONITORAMENTO FINAL

O quadro 1 apresenta o número de indicadores por grupo que obtiveram notas acima de 3 em todos os critérios analisados pelo GT da Informação. Como mostra o referido quadro, nesta etapa, foram excluídos 11 indicadores dos inicialmente propostos.

Quadro 1: Número de indicadores antes da avaliação do GT e após a atribuição das notas

Grupo de Indicadores	Total de Indicadores	Total de indicadores com notas acima de 3 em todos os critérios
Demográficos	7	7
Sócio-econômicos	12	10
Saúde da Criança	18	18
Saúde do Adolescente	6	2
Saúde da Mulher	11	9
Saúde do Adulto	19	19
Saúde do Idoso	4	1
Outros	3	3
Total	80	69

O corte maior foi naqueles referentes ao Adolescente e Idoso. O grupo que analisava o Adolescente ao justificar as notas dos indicadores (Proporção de Adolescentes que freqüentam a unidade; Proporção de adolescentes com baixo IMC para a idade; Proporção de Adolescentes com excesso de peso para idade e Proporção de adolescentes com vacina em dia) apontou que “... esses são dados mais aplicáveis a serviços específicos para adolescentes”.

Tal avaliação também pode estar associada ao fato de que nem todas as equipes de Saúde da Família já estão utilizando a Caderneta de Saúde do Adolescente onde estão informações deverão estar registradas não somente para uso do adolescente, mas de toda a equipe de saúde que o acompanha.

O adolescente recebe atendimento nos serviços de saúde, mas não de forma sistematizada e sim de acordo com a demanda da unidade, pois segundo os profissionais existem outras prioridades, adiando assim a organização de ações voltadas para esse grupo etário. É difícil afirmar se é uma faixa etária que pouco acessa o serviço de saúde e em consequência disso a equipe não dispõe de muitas informações para o cálculo dos indicadores, ou se a relativa ausência dos adolescentes se deve à pouca oferta de ações voltadas para ele (Ferrari, Thomson *et al.*, 2006).

As duas situações estão diretamente ligadas ao planejamento e a busca por estratégias de captação desses usuários através de visitas domiciliares, inserção de atividades nos espaços freqüentados por este público como escola, associações, cursos e outros espaços da comunidade.

Em relação ao Idoso a justificativa para as notas baixas dos indicadores de Incidência de Queda nos últimos 12 meses e Proporção de Idosos Frágeis pode estar relacionado ao fato de que, segundo os profissionais, a única fonte dos dados para construção destes indicadores seja a Caderneta do Idoso. Como ainda não houve treinamento sobre ela para todos os profissionais e a mesma também não foi disponibilizada para todas as equipes, nem todos conhecem o instrumento.

Apesar disso os profissionais acreditam que o instrumento será consolidado e valorizado aos poucos, da mesma forma que a Caderneta da Criança, como demonstra a fala a seguir: “...porque a da criança tem tanto valor ? Por que é tão falado que você acaba anotando tudo na caderneta. Foi uma coisa construída. (I3)

Em função da necessidade do preenchimento da Caderneta o profissional através de uma abordagem individual, questiona sobre algumas situações de risco/fragilidade desse idoso, fazendo com que algumas informações que normalmente passariam despercebidas em um consulta comum sejam abordadas. A ocorrência de quedas é uma delas. Em contrapartida, na ausência do instrumento a equipe precisa monitorar através do registro de dados desse grupo, mesmo que seja em planilhas construídas pela própria equipe, o que parece não estar acontecendo na maioria da equipes.

Rebouças e Pereira (2008) reforçam tal situação quando anuncia que entre os desafios a serem enfrentados na análise de Indicadores de Saúde do Idoso encontra-se a necessidade de melhor sistematização das informações, a sua ampla

divulgação e seu uso para o planejamento e avaliação de políticas voltadas para esse grupo.

Em relação ao indicador de Violência a equipe justificou a nota 1 em quase todos os itens, pela dificuldade de abordar esta questão com o Idoso. Segundo os profissionais, a denúncia ou a observação se constituem nas únicas fontes de dados sobre a situação. Esta restrição das equipes na abordagem do tema sugere que apesar dos inúmeros treinamentos em relação à abordagem nos casos de Violência percebe-se ainda um receio por parte da equipe pelo fato de estarem dentro da comunidade e se sentirem intimidados para qualquer abordagem sobre o assunto com a família. Desta forma, os profissionais preferem esperar que a informação e por isso esperam que a informação chegue até ele ou pelo idoso ou pelo ACS, como comenta o profissional na fala abaixo:

“...eu posso ter uma porção de idosos sofrendo violência seja qual for ela e esse dado não chega pra mim e aí eu não consigo ter uma análise da realidade correta. Eu posso achar que não tem violência acontecendo na minha comunidade e a violência tá lá direto. (1 2)

Na segunda etapa de seleção, visando evitar redundâncias e priorizar aqueles que tinham maior abrangência e potencial de utilização na vigilância em saúde, retiramos ainda 3 indicadores, quais sejam : taxa de analfabetismo (socio-econômico), mortalidade infantil por diarreia e mortalidade perinatal (saúde da criança). Considerou-se que a situação sócio-econômica já estava coberta pelos demais indicadores do grupo e que a mortalidade infantil e seus componentes já seriam suficientes para um bom diagnóstico da atenção à gestante, ao recém-nascido e a criança menor de 1 ano.

Seguem abaixo as Matrizes de Monitoramento de Indicadores de Saúde nas equipes de Saúde da Família Propostas nesta pesquisa.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS				
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização
Estrutura populacional por sexo e idade (Monitoramento na AB, 2004)	Nº de pessoas do sexo feminino em uma determinada faixa etária em relação ao total de pessoas do sexo feminino , no mesmo local e período	Nº de pessoas do sexo feminino numa faixa etária específica (< 1 ano, 1-4, 5-6, 7-9, 10-14, 15-19, 20-39, 40-49, 50-59, 60 ou mais), em um determinado local e período / Nº de pessoas do sexo feminino, no mesmo local e período x 100	Parâmetros Assistenciais, 2002: < de 1 ano = 3% da população 1 a 4 anos = 7% da população 5 a 14 anos= 20% da população 15 a 44 anos = 50% da população 45 a 59 anos= 12% da população > 60 anos = 8% da população	Permite organizar a atenção, haja vista que as necessidades são diferentes por faixa etária e acompanhar o ritmo de crescimento da população. Facilita o planejamento de insumos, recursos humanos , oferta de serviços , acesso , e programação das visitas domiciliares.
	Nº de pessoas do sexo masculino em uma determinada faixa etária em relação ao total de pessoas do sexo masculino , no mesmo local e período	Nº de pessoas do sexo masculino numa faixa etária específica (< 1 ano, 1-4, 5-6, 7-9, 10-14, 15-19, 20-39, 40-49, 50-59, 60 ou mais), em um determinado local e período / Nº de pessoas do sexo masculino, no mesmo local e período x 100		
Número médio de pessoas por família (Monitoramento na AB, 2004)	Número de pessoas cadastradas em relação ao número de famílias cadastradas, no mesmo local e período	Número de pessoas cadastradas em um determinado local e período/ número de famílias cadastradas, no mesmo local e período x 100	Brasil, 2000: 3,8 pessoas/família Região Sudeste, 2000: 3,6 pessoas/família Rio de Janeiro, 2000: 3,4 pessoas/família (Fonte: IBGE, Censo 2000)	Projeção para oferta de novos serviços , compreensão da estrutura familiar e organização de rede de apoio. Ajuda na programação das visitas domiciliares.
Proporção de menores de 5 anos de idade na população (RIPSA, 2008)	Percentual de pessoas com menos de 5 anos de idade, na população residente na área de abrangência , no ano	nº de crianças residentes menores de cinco anos / população total residente x 100 (exclui-se a de idade ignorada)	Brasil, 2005: 8,9% Região Sudeste, 2005: 8,1% (Fonte: IDB, 2008) Parâmetro assistencial, 2002 : 10% da população geral	Subsidia a organização de ações (consultas, visitas domiciliares, grupos) específicas para faixa etária como a Imunização, o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, a Vigilância Nutricional e a Vigilância das Violências.

Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização
Proporção de idosos na população (RIPSA, 2008)	Percentual de pessoas com 60 anos e mais de idade, na população residente na área de abrangência, no ano	n° de pessoas residentes maiores de 60 e mais anos de idade / população total residente x 100 (exclui-se a de idade ignorada)	Brasil, 2005: 9,2% Região Sudeste, 2005: 10,0% (Fonte: IDB, 2008) Parâmetros assistenciais, 2002: 8 % da população geral	Subsidia a organização de ações (consultas, visitas domiciliares, grupos) específicas para faixa etária como acompanhamento das doenças crônicas degenerativas, imunização, avaliação da capacidade funcional, vigilância de quedas, avaliação de acesso a unidade, organização de visitas domiciliares, restrição ao domicílio pela tendência ao isolamento e depressão. Permite a organização de grupos de apoio.
Taxa bruta de natalidade (RIPSA, 2008)	Número de nascidos vivos na população, por mil habitantes, na população residente na área de abrangência, no ano	número total de nascidos vivos residentes / população total residente x 1.000	Brasil, 2006: 17,1 Rio de Janeiro, 2006: 14,0 (Fonte: IDB, 2008)	Possibilita o cálculo do crescimento da comunidade. Subsidia processos de planejamento para oferta de ações e serviços voltados para assistência materno infantil.
Taxa bruta de mortalidade (RIPSA, 2008)	Número total de óbitos, por mil habitantes, na população residente na área de abrangência, no ano	número total de óbitos de residentes / população residente x 1.000	Brasil, 2006: 6,0 Rio de Janeiro, 2006: 7,6% (Fonte: IDB, 2008)	Por ser geral retrata a situação de saúde da população. Limitação: Só pode usar taxa bruta em comparação com áreas de populações semelhantes,
Mortalidade Proporcional por idade (RIPSA, 2008)	Distribuição percentual de óbitos por faixa etária, na população residente na área de abrangência, no ano	n° de óbitos de residentes, por faixa etária / n° de óbitos de residentes (exclui-se os de idade ignorada) x 100 Faixas etárias para cálculo: menor de 1 ano, 1 a 4 e, a partir dessa faixa etária calcular de 15 em 15 anos até 79 anos, finalizando com grupo de 80 anos e mais anos	Brasil, 2004: 0 a 4 anos = 6,2%; 15 a 24 anos = 4,6%; 60 e mais = 58,6 % Região Sudeste, 2004: 0 a 4 anos = 4,4%; 15 a 24 anos = 4,2%; 60 e mais = 60,3 % (Fonte: IDB, 2008)	Permite comparar os resultados com outras áreas.

OBSERVAÇÃO 1: Os valores do Rio de Janeiro na coluna " Parâmetros/Metas/Referências" são relativos ao Estado do Rio de Janeiro.

OBSERVAÇÃO 2: Os estudos de prevalência * tem um custo maior porque é preciso realizar o estudo através de inquéritos. Que seja de 2 em 2 anos, mas precisa de um estudo independente.

INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS				
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização
Níveis de escolaridade (RIPSA, 2008)	Distribuição percentual da população residente de 15 e mais anos de idade, por grupos de anos de estudo	nº de pessoas com 15 e mais anos de idade por grupo de anos de estudo / população total residente desta faixa etária x 100 (Categorias: menos de 1, 1 a 3, 4 a 7, 8 e mais anos de estudo)	Brasil, 2005: 11,1% Região Sudeste, 2005: 6,6% (Fonte: IDB Brasil, 2008)	Retrata níveis baixos de escolaridade dos pais comprometendo as condições de saúde da criança; dificuldade de adesão ao tratamento, baixa renda , subemprego, baixa auto-estima.
Proporção de pobres (RIPSA, 2008)	Percentual da população residente com renda mensal per capita de até meio salário mínimo	População residente com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo / população total residente x 100	Brasil, 2005: 37,2% Região Sudeste, 2005: 24,7% (Fonte : IDB Brasil, 2008)	Identifica grupos de maior vulnerabilidade social. Permite estabelecer rede de apoio para melhoria das condições gerais de vida como escolaridade, geração de renda, além de estabelecer interface com outros setores e parceiros da comunidade.
Proporção de crianças de 7-14 anos inseridas na escola (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de crianças de 7-14 anos inseridas na escola	número de crianças de 7 a 14 anos na escola em determinado local e período / nº de crianças de 7 a 14 anos no mesmo local e período x 100	Meta: 100%	Identifica grupos de maior vulnerabilidade social. Permite articulação com a escolas, crechas do território e outros dispositivos legais para reinserção das crianças na escola, reduzindo a evasão escolar.
Proporção de pessoas de 15 anos ou mais desempregadas (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de pessoas de 15 anos ou mais desempregadas	nº de pessoas de 15 anos ou mais desempregadas em determinado local e período / nº de pessoas de 15 anos ou mais , no mesmo local e período x 100		Identifica situações de vulnerabilidade social. Ajuda na programação de ações intersetoriais que permitam a inclusão desse grupo em cursos profissionalizantes, banco de emprego além da formação de grupos na unidade que estimulem a geração de renda.
Proporção de famílias com participação em grupos comunitários (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de famílias com participação em grupos comunitários	nº de famílias com participação em grupos comunitários, em determinando local e período / nº de famílias cadastradas no mesmo local e período x 100		Propicia a equipe conhecer a participação popular no território mapeando ações que envolvem toda a comunidade. É uma avaliação da própria equipe , já que a estratégia tem como diretriz fomentar as ações de promoção de saúde no território..

INDICADORES SÓCIO-ECONÔMICOS				
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização
Proporção de famílias com casas de material aproveitado e/ou piso de chão e barro (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de famílias com casas de material aproveitado e/ou piso de chão e barro	nº de famílias com casa de material aproveitado e/ou piso e chão de barro /nº de famílias cadastradas no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 7,8 % Rio de Janeiro, 2006: 3,6% (Fonte : SIAB,2006)	Identifica as famílias com maior vulnerabilidade às questões ambientais e com maior exposição às doenças infecto-contagiosas. Permite articular ações com outras secretarias que ajudem na melhoria das condições de moradia assim como ONGs e outros parceiros locais.
Proporção de famílias com lixo a céu aberto (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de famílias com lixo à céu aberto	nº de famílias com lixo à céu aberto em determinado local e período / nº de famílias cadastradas no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 26,1% Rio de Janeiro, 2006: 10,9% (Fonte : SIAB,2006)	
Proporção de famílias sem acesso à rede geral de abastecimento de água (RIPSA, 2008 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de famílias sem acesso à rede geral de abastecimento	nº de famílias sem acesso à rede geral de abastecimento de água / nº de famílias cadastradas no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 5,3% Rio de Janeiro, 2006: 3,4 (Fonte : SIAB,2006)	
Proporção de famílias com fezes e urina a céu aberto (RIPSA, 2008 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de famílias com fezes e urina à céu aberto	nº de famílias com fezes e urina à céu aberto / nº de famílias cadastradas no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 62,4% Rio de Janeiro, 2006: 36,6% (Fonte : SIAB,2006)	

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA					
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização	
COBERTURA	Proporção de crianças menores de 1 ano pesadas no mês (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de crianças menores de 1 ano pesadas no mês	nº de crianças menores de 1 ano pesadas no mês em determinado local e período / nº de crianças menores de 1 ano no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 87,9 % Rio de Janeiro, 2006: 92,3 % (Fonte : SIAB, 2006)	Subsidia a avaliação do atendimento da puericultura na unidade. Ajuda no planejamento das consultas e visitas domiciliares de toda equipe. Avalia ainda a adesão das famílias à ESF e o comprometimento da equipe em garantir a puericultura.
	Proporção de crianças menores de 1 ano com esquema vacinal básico em dia (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de crianças menores de 1 ano com esquema vacinal básico em dia	nº de crianças menores de 1 ano com vacina em dia em determinado local e período / nº de crianças menores de 1 ano no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 94,5 % Rio de Janeiro, 2006: 97,2 % (Fonte : SIAB, 2006) Meta: ? 95% (Fonte: PNI, MS)	Propicia a organização da equipe para busca ativa de faltosos, atualização da caderneta de vacinação e orientação/monitoramento dos pais em relação ao estado vacinal.
	Proporção de crianças de 12 a 23 meses e 29 dias com esquema vacinal básico em dia (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de crianças de 12 a 23 meses com esquema vacinal básico em dia	nº de crianças de 12 a 23 meses com vacina em dia em determinado local e período / nº de crianças de 12 a 23 meses no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 94,6 % Rio de Janeiro, 2006: 97 % (Fonte : SIAB, 2006)	Propicia a organização da equipe para busca ativa de faltosos, atualização da caderneta de vacinação e orientação/monitoramento dos pais em relação ao estado vacinal.
MORBIDADE	Proporção de hospitalizações de menores de 5 anos por desidratação (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de hospitalizações em menores de 5 anos por desidratação	nº de menores de 5 anos de idade hospitalizadas com desidratação, em determinado local e período / nº de menores de 5 anos de idade que tiveram desidratação, no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 2,2 % Rio de Janeiro, 2006: 1,1 % (Fonte : SIAB, 2006)	Pode retratar complicações por falta de orientação ou acesso ao atendimento adequado em relação à doenças prevalentes da infância como a Diarréia
	Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo (RIPSA, 2008)	Percentual de crianças residentes que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno aos 30, 120 e 180 dias	número de crianças que se alimentam exclusivamente de leite materno, na idade considerada / nº total de crianças residentes na idade x 100	Meta: 100% em cada uma das idades consideradas (Fonte: MS, 2002)	Avalia a adoção do aleitamento materno, bem como a assistência ao pré-natal (aconselhamento e estímulo à prática da amamentação). O uso contínuo até os 6 meses retrata o atendimento de puericultura, vínculo com a equipe e suporte nas primeiras semanas.

	Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização
MORBIDADE	Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004; RIPSAs, 2008)	Percentual de nascidos vivos com peso inferior a 2.500 gramas, de mães residentes, em determinada área e período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos com peso menor que 2.500 g em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos no mesmo local e período}} \times 100$	Brasil, 2004: 8,2 % Região Sudeste, 2004: 9,1 % (Fonte : RIPSAs, 2008)	Permite avaliar qualidade do pré-natal prestado quanto às orientações nutricionais e aponta conduta de risco das gestantes. É importante para organizar ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento desses bebês considerados de risco (morbi-mortalidade neonatal).
	Proporção de menores de 1 ano de idade com peso abaixo do P10 (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de crianças menores de 1 ano com peso abaixo de P10	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de menores de 1 ano com peso abaixo de P10 em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de menores de 1 ano no mesmo local e período}} \times 100$	Brasil, 2006: 2,2 % Rio de Janeiro, 2006: 1,1% (Fonte : SIAB, 2006)	Identifica as crianças em risco nutricional e desnutridas para priorização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Permite à equipe estabelecer rede de apoio além de estimular aleitamento materno. É um indicador já utilizado pela Vigilância Nutricional.
	Proporção de crianças de 12-23 meses e 29 dias com peso abaixo do P10 (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de crianças de 12-23 meses com peso abaixo de P10	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de crianças de 12-23 meses e 29 dias com peso abaixo de P10 em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de crianças de 12-23 meses e 29 dias no mesmo local e período}} \times 100$	Brasil, 2006: 4,8 % Rio de Janeiro, 2006: 1,9 % (Fonte : SIAB, 2006)	Identifica as crianças em risco nutricional e desnutridas para priorização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Permite à equipe estabelecer rede de apoio além de estimular aleitamento materno. É um indicador já utilizado pela Vigilância Nutricional.
MORTALIDADE	Taxa de mortalidade infantil (RIPSAs, 2008; Pacto pela Saúde, 2008)	Nº de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de residentes com menos de um ano de idade}}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$	Brasil 2007: 19,3 Meta - Brasil, 2010 : Reduzir em 2,4 % (Fonte: Pacto pela Saúde, 2010-2011) Rio de Janeiro, 2006: 16,6 (Fonte : SIAB, 2006)	Avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto , assim como a criança no primeiro ano de vida. Reflete de maneira geral as condições de vida da população. É obrigatório a investigação do óbito junto com o Serviço de Vigilância em Saúde
	Taxa de mortalidade neonatal precoce (RIPSAs, 2008; Pacto pela Saúde, 2008)	Nº de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos de residentes de 0 a 6 dias de idade}}{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$	Brasil 2007: 13,2 Meta - Brasil, 2010: Reduzir em 3 % (Fonte: Pacto pela Saúde, 2010-2011)	Reflete as condições de vida da mãe e avalia o acesso e a qualidade da assistência pré-natal, no parto e ao recém-nascido. Sinaliza para a necessidade de visitas domiciliares da equipe na primeira semana de vida.

Indicador		Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização
MORTALIDADE	Taxa de mortalidade neonatal tardia (RIPSA, 2008)	Nº de óbitos de menores de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos	nº de óbitos de residentes de 7 a 27 dias de idade / nº de nascidos vivos de mães residentes x 1000	Brasil, 2004: 3,5 (IDB, 2008)	Reflete as condições de vida da mãe e avalia o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e principalmente ao parto e ao recém-nascido. Por complicações da prematuridade e infecção hospitalar.
	Taxa de mortalidade pós-neonatal (RIPSA, 2008)	Nº de óbitos de menores de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos	nº de óbitos de residentes de 28 a 364 dias de idade, sobre o número de nascidos vivos de mães residentes x 1000	Brasil 2007: 6,2 Meta: Reduzir em 3 % (Fonte: Pacto pela Saúde, 2010-2011)	Reflete o incentivo ao aleitamento materno, acesso e qualidade do atendimento na puericultura. As principais causas da mortalidade pós-neonatal são as doenças infecciosas que refletem péssimas condições de saneamento básico, pobreza, e baixa escolaridade.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE (10-19 anos)					
Indicador		Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização
MORBIDADE	Mortalidade Proporcional de Adolescentes (SIAB, 2005)	Percentual de óbitos em adolescentes	nº de óbitos em adolescentes de em determinado local e período / nº total de óbitos no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 1,4 % Rio de Janeiro, 2006: 2,7 % (Fonte : SIAB, 2006)	Aponta o problema da violência e dos acidentes que acometem um grande número de adolescentes nessa faixa etária.
	Taxa de Mortalidade por violência entre adolescentes	Número de óbitos em adolescentes por violência por 100.000 adolescentes	nº de óbitos em adolescentes entre 10-19 anos por violência/população de adolescentes da área x 100.000		Aponta para o risco do adolescente da área morrer por violência.

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER					
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização	
COBERTURA	Proporção de gestantes com consulta pré-natal no mês (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de gestantes que tenha comparecido à consulta de pré-natal no mês	Nº de gestantes com consulta pré-natal, em determinado local e período / nº de gestantes cadastradas no mesmo período x 100	Brasil, 2006: 91,5 % Rio de Janeiro, 2006: 94,6 % (Fonte : SIAB, 2006)	Permite avaliar a adesão ao pré-natal. É possível mapear gestantes faltosas e orientar ACS para busca ativa de faltosos e/ou visitas domiciliares da equipe. É uma informação atual e ajuda na programação do mês seguinte.
	Proporção de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre	nº de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, em determinado local e período / nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 77,1 % Rio de Janeiro, 2006: 82,3 % (Fonte : SIAB, 2006)	Permite avaliar a captação precoce das gestantes para o pré-natal na unidade além de sinalizar facilidade no acesso às consultas de pré-natal e vínculo com a equipe.
	Proporção de gestantes com vacina em dia (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de gestantes com vacina em dia	nº de gestantes com vacina em dia, em determinado local e período / nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 94,8 % Rio de Janeiro, 2006: 94,1 % (Fonte : SIAB, 2006)	Permite avaliar a qualidade da assistência prestada no pré-natal, assim como identificar gestantes com atraso vacinal e estratégias de atualização da caderneta de vacinação
	Razão de exames citopatológico cervico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação a população-alvo, em determinado local, por ano (Pacto pela Saúde, 2008)	Número de exames citopatológicos cervico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos	Número de exames citopatológicos cervico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos em determinado local e período / nº total de mulheres de 25 a 59 anos no mesmo local e período	Meta - Brasil, 2010: ? 0,20 (Fonte: Pacto pela Saúde, 2010-2011)	Permite a equipe organização da agenda em relação ao exame do preventivo nesta faixa etária. Organização de ampliação da oferta através de estratégias de captação para mulheres com dificuldade de acesso em função do trabalho e do horário de funcionamento da unidade.
	Proporção de gestantes acompanhadas (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de gestantes acompanhadas pelo ACS em visitas domiciliares	nº de gestantes acompanhadas pelo agente comunitário em VD mensal, em determinado local e período / nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período x 100	Metas: 80%	Permite avaliar a regularidade das VD dos ACS e orientá-los para programação das visitas domiciliares a esse grupo que é considerado prioritário.

	Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização
MORBIDADE	Proporção de gestantes menores de 20 anos de idade (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de gestantes menores de 20 anos	nº de gestantes menores de 20 anos de idade cadastradas, em determinado local e período / nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período x 100	Metas: Redução de 10% de gravidez na adolescência ao ano	Permite conhecer a proporção de adolescentes gestantes na comunidade e articular ações multidisciplinares com a rede para este grupo. Subsidiaria a programação de consultas na saúde bucal e organização de grupos de preparo para o parto e cuidados com o bebê.
	Proporção de mulheres com gestação de risco (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de mulheres com gestação de risco	nº de mulheres com gestação de risco, em determinado local e período / nº de gestantes cadastradas no mesmo local e período x 100		Subsidiaria a articulação com a rede de referência para as gestantes de risco.
MORTALIDADE	Mortalidade Proporcional de mulheres (10- 49 anos) (SIAB, 2005)	Percentual de óbitos em mulheres de 10 a 49 anos	nº de óbitos em mulheres de 10 a 49 anos de idade em determinado local e período / nº total de óbitos no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 5,8 % Rio de Janeiro, 2006: 6,0 % (Fonte : SIAB, 2006)	Avalia o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da assistência ao a mulher em idade fértil. É obrigatório a investigação do óbito junto com o Serviço de Vigilância em Saúde.
	Razão de mortalidade materna (RIPSAs, 2008)	Nº de óbitos femininos por causa materna	Nº de óbitos femininos por causa materna em determinado local e período / número de nascidos vivos no mesmo local e período x 100.000	Brasil, 2006: 77,2 Rio de Janeiro, 2006: 75,1% (Fonte: IBD, 2008)	Retrata a qualidade da atenção à saúde da mulher. Subsidiaria a organização e necessidade de qualificação das ações no pré-natal, parto e puerpério.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO					
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização	
COBERTURA	Proporção de portadores de hipertensão arterial acompanhados (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de portadores de hipertensão arterial acompanhadas pelo ACS em visitas domiciliares	nº de hipertensos acompanhados pelo ACS em visita mensal, em determinado área, no período / nº de hipertensos cadastrados na mesma área e período x 100	Metas: 80%	Permite avaliar a regularidade das VD dos ACS e orientá-los para programação das visitas domiciliares aos grupos considerados prioritários.
	Proporção de portadores de diabetes mellitus acompanhados (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de portadores de diabetes mellitus acompanhados pelo ACS em visitas domiciliares	nº de diabéticos acompanhados pelo ACS em visita mensal, em determinado área, no período / nº de diabéticos cadastrados na mesma área e período x 100	Metas: 80%	
	Proporção de portadores de tuberculose acompanhados (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de portadores de tuberculose acompanhados pelo ACS em visitas domiciliares	nº de pessoas com tuberculose acompanhadas pelo ACS em visita mensal, em determinado área, no período / nº de pessoas cadastradas com tuberculose na mesma área e período x 100	Metas: 100%	
	Proporção de portadores de Hanseníase acompanhados (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de portadores de hanseníase acompanhados pelo ACS em visitas domiciliares	nº de pessoas com hanseníase acompanhadas pelo ACS em visita mensal, em determinado área, no período / nº de pessoas cadastradas com hanseníase na mesma área e período x 100	Metas: 100%	
MORBIDADE	Proporção de hospitalizações por complicações de diabetes mellitus (SIAB, 2005 ; Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de hospitalizações por complicações de diabetes	número de internações por complicações de diabetes mellitus em determinado local e período / total das hospitalizações (exceto partos) no mesmo local e período x 100	Brasil, 2006: 3,3 % Rio de Janeiro, 2006: 4,9 % (Fonte : SIAB, 2006)	Retrata complicações por falta de orientação ou acesso ao atendimento adequado. Avalia a qualidade da assistência prestada. Sinaliza a dificuldade para manter adequados níveis glicêmicos, pressão arterial e colesterol.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO					
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização	
MORBIDADE	Taxa de Detecção (incidência) de Hanseníase (RIPSA, 2008; Monitoramento da AB, 2004)	Nº de casos novos diagnosticados de hanseníase, por 10 mil habitantes	nº de casos novos confirmados de hanseníase na população residente / população total residente no mesmo local e período x 10.000	Brasil, 2005: 2,1 Região Sudeste, 2005: 0,9 (Fonte: IDB, 2008)	Avaliar a identificação de casos novos de hanseníase e subsidia novas estratégias para aumentar a captação. Aponta para a organização do processo de trabalho de modo que haja monitoramento deste grupo considerado prioritário
	Taxa de prevalência de fumantes regulares de cigarro * (RIPSA, 2008)	Percentual de fumantes regulares de cigarro, na população de 15 anos ou mais de idade, residentes em determinado local, no período	nº de indivíduos de 15 anos ou mais de idade que fumam atualmente e já fumaram pelo menos 100 cigarros na vida / nº de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes x100	Rio de Janeiro, 2002-2003: 17,5% IC 95%: 15,8-19,1 (Fonte: IDB, 2008)	Aponta para a organização das ações de captação de usuários para o tratamento do tabagismo através de grupos multidisciplinares, oficinas de escuta e consultas individuais. Sinaliza grupos de risco.
	Taxa de prevalência de excesso de peso * (RIPSA, 2008)	Percentual de indivíduos com IMC maior ou igual a 25 kg/m ² , na população de 15 anos ou mais, residentes em determinado local, no período	nº de indivíduos de 15 anos ou mais de idade que apresentam IMC maior ou igual a 25 kg/m ² / nº de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes x 100	Rio de Janeiro, 2002-2003: 46,4% IC 95%: 44,4 - 48,3 (Fonte: IDB, 2008)	Aponta para a organização de ações intersectoriais que propiciem a oferta de atividades físicas em conjunto com a unidade. Sinaliza grupos de risco e subsidia a organização de práticas corporais na unidade.
	Taxa de prevalência de consumo excessivo de álcool * (RIPSA, 2008)	Percentual estimado de indivíduos que consome bebidas alcoólicas em quantidade e frequência considerada de risco, na população de 15 anos ou mais, residente em determinado local, no período	nº de indivíduos de 15 anos e mais de idade com consumo excessivo * de bebidas alcoólicas /nº de indivíduos de 15 anos ou mais de idade residentes x100 * Maior de 2 doses/dia para homens e maior de 1 dose/dia para mulheres	Rio de Janeiro, 2002-2003: 9,3% IC 95%: 8,2 - 10,4 (Fonte: IDB, 2008)	Sinaliza grupos de risco. Aponta para a organização de grupos de convivência que discutam essa temática. Estabelece rede de apoio com outros parceiros dentro e fora da comunidade.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO					
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização	
MORBIDADE	Taxa de prevalência de atividade física insuficiente * (RIPSA, 2008)	Percentual estimado de indivíduos insuficientemente ativos, na população de 15 a 69 anos de idade, residentes em determinado local e período	número de indivíduos de 15 a 69 anos de insuficientemente ativos / número de indivíduos de 15 a 69 anos de idade residentes x 100	Rio de Janeiro, 2002-2003: 44,6% IC 95%: 40,8 - 48,4 (Fonte: IDB, 2008)	Aponta para a organização de ações intersetoriais que propiciem a oferta de atividades físicas em conjunto com a unidade, e a organização de grupos de convivência que discutam entre outros os hábitos alimentares e patologias associadas.
	Prevalência de diabetes mellitus (Monitoramento na AB, 2004; RIPSA, 2008)	Número de casos de diabetes mellitus , por 100 habitantes, existentes na população residente em determinado local e na data de referência do ano considerado	nºde casos de diabetes mellitus em residentes, na data de referência do ano considerado / população total residente, ajustada para o meio do ano x 100 (Faixa etária : 30 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos)	Rio de Janeiro, 1988: (Taxa estimada na pop.de 30 a 69 anos) 7,5% (Fonte: IDB, 2008)	Subsidia a organização do processo de trabalho para o monitoramento deste grupo considerado prioritário com programação de consultas, visitas, organização de grupos com temáticas pertinentes.
	Proporção de tuberculosos que comparece à consulta agendada (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de portadores de tuberculose que comparecem à consulta agendada	nº de portadores de tuberculose cadastrados que comparecem à consulta / nº de portadores de tuberculose acompanhados em consulta x 100	Meta: 100%	Ajuda na avaliação da adesão ao tratamento , mensura faltosos e aponta para organização da busca ativa e outras alternativas de monitoramento como grupos ou visitas domiciliares.
	Proporção de comunicantes de tuberculose examinados (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de comunicantes de tuberculose examinados	nº de comunicantes de tuberculose examinados, em determinado local e período / nº total de comunicantes de tuberculose no mesmo local e período x 100	Meta: 100%	Importante para vigilância do agravo e detecção precoce de novos casos da doença.
	Prevalência de tuberculose (Monitoramento na AB, 2004)	Número de casos de tuberculose, por 100 habitantes, existentes na população residente em determinado local e na data de referência do ano considerado	nº de pessoas com tuberculose , em determinado local e período / população total , no mesmo local e período x 100		Subsidia a organização do processo de trabalho para o monitoramento deste grupo considerado prioritário com programação de consultas, visitas, organização de grupos com temáticas pertinentes.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO					
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização	
MORBIDADE	Proporção de tuberculosos que toma medicação diária (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de pessoas com tuberculose que tomam medicação diariamente no total de pessoas com tuberculose acompanhadas pela equipe em determinado local e período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com tuberculose que tomaram, diariamente, a medicação prescrita, em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas acompanhadas com tuberculose, no mesmo local e período}} \times 100$	Meta: 100%	Importante para vigilância do tratamento da tuberculose além de avaliar a adesão ao tratamento e qualidade da assistência prestada haja vista que a multiresistência acontece geralmente na medida que o paciente não toma a medicação diariamente.
	Proporção de hansenianos que comparecem à consulta agendada (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de portadores de hanseníase que comparecem à consulta agendada do total de portadores de hanseníase acompanhados em consulta em determinada área, no período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de portadores de hanseníase cadastrados que comparecem à consulta}}{\text{n}^\circ \text{ de portadores de hanseníase acompanhados em consulta}} \times 100$	Meta: 100%	Ajuda na avaliação da adesão ao tratamento, mensura faltosos e aponta para organização da busca ativa e outras alternativas de monitoramento como grupos ou visitas domiciliares.
	Proporção de comunicantes de hanseníase examinados (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de comunicantes de hanseníase examinados	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de comunicantes de hanseníase examinados, em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ total de comunicantes de hanseníase, no mesmo local e período}} \times 100$	Meta: 50% (Fonte: Mais Saúde -MS, 2008)	Importante para vigilância do agravo e detecção precoce de novos casos da doença.
	Proporção de hansenianos que toma medicação diária (Monitoramento na AB, 2004)	Percentual de pessoas com hanseníase que tomam medicação diariamente no total de pessoas com hanseníase com medicação diária prescrita em determinado local e período	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas com hanseníase que tomaram, diariamente, a medicação prescrita, em determinado local e período}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas acompanhadas com hanseníase com medicação diária prescrita, no mesmo local e período}} \times 100$	Meta: 100%	Importante para vigilância do tratamento da hanseníase além de avaliar a adesão ao tratamento e qualidade da assistência prestada haja vista que a multiresistência acontece geralmente na medida que o paciente não toma a medicação diariamente.

ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO				
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização
MORBIDADE	Proporção de idosos com restrição ao domicílio e ao leito	Percentual de idosos da área com restrição ao domicílio e ao leito	n° de idosos restritos ao leito em determinado local e período / população de idosos no mesmo local e período x 100	Permite programar ações de cuidado domiciliar e visitas de toda equipe e permite a construção de rede de apoio.

OUTROS INDICADORES					
Indicador	Definição	Método de Cálculo	Parâmetros /Metas/Referência	Utilização	
COBERTURA	Cobertura de primeira consulta odontológica programática (Pacto pela Saúde, 2008)	Nº de consultas odontológicas programáticas realizadas	número total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período / população no mesmo local e período x 100	Meta - Município do Rio de Janeiro : 4%	Sinaliza o acesso da população as consultas de saúde bucal ajudando a equipe na programação de suas atividades mensais .
	Média de Procedimentos Odontológicos básicos individuais (Pacto pela Saúde, 2007)	Nº de procedimentos odontológicos básicos individuais realizados	número de procedimentos odontológicos básicos individuais em determinado local e período / população total no mesmo local e período	Meta - Município do Rio de Janeiro : 0,5 proc/hab.	Ajuda a medir resolutividade da equipe de saúde bucal , haja vista que maior número de procedimentos conclusivos representam maior resolutividade no tratamento.
	Média mensal de visitas domiciliares por família (Pacto pela Saúde, 2008)	Média de visitas domiciliares por família realizadas pela equipe	n° de visitas domiciliares de profissionais de nível superior, médio e ACS em determinado local e período / n° total de famílias na área x n° de meses, no mesmo local e período	Meta: 1 visita /mês (Fonte: Pacto pela Saúde, 2007)	Subsidia a organização do planejamento mensal da equipe e avalia se as famílias estão recebendo visita domiciliar.

5.4 OS CENÁRIOS PROPOSTOS PARA A REALIZAÇÃO DE EXERCÍCIOS DE PLANEJAMENTO LOCAL NA ESF

Os cenários apresentados abaixo contém informações sobre os indicadores de saúde, a dinâmica do território, as relações de trabalho e a organização da equipe frente a necessidade de planejar as ações a serem desenvolvidas e visam estimular a reflexão acerca da importância da utilização das mesmas para o diagnóstico local da situação de saúde das comunidades.

Neste momento, não se foi exaustivo nos cenários, portanto, estes não abarca todos os indicadores propostos na matriz final. Para ampliação das discussões do território seria interessante que, futuramente, outros cenários fossem construídos garantindo a utilização de todos os indicadores propostos na matriz.

CENÁRIO 1

A comunidade do Vale das Palmeiras está localizada na zona oeste da Cidade do Rio de Janeiro há 90 km do centro da cidade. A disponibilidade de serviços de saúde é escassa nessa região, tornando necessária extensa rede de referência e contra-referência que atenda à população. Apesar da unidade estar na beira de uma estrada de alta velocidade, o serviço de transporte é extremamente precário.

A área possui uma Policlínica como Referência para algumas especialidades. Os encaminhamentos para exames e consultas especializadas são agendados pela Central de Regulação da Coordenação de Saúde da Área Programática (CAP). Na área existe uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um grande Hospital de Emergência e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entretanto estas unidades estão distantes 35 km do módulo de Saúde da Família.

A equipe foi implantada em 2007 como PACS e há 2 anos já funciona como PSF. O módulo tem uma sala de vacina, uma sala de procedimentos, recepção, três consultórios, um consultório de saúde bucal com uma cadeira odontológica, um escovário, uma grande sala de reuniões, um expurgo, uma copa, uma sala para dispensação de medicamentos e banheiros masculinos e femininos para funcionários e para usuários.

Luciene e Vagner começaram a trabalhar na mesma época na equipe Vale das Palmeiras. Há dez meses que médica e enfermeiro fazem parte da equipe juntamente com seis ACS e duas auxiliares de enfermagem (Lúcia e Solange).

A Unidade de Saúde da Família é composta por 2 equipes, sendo que somente a equipe de Luciene e Vagner está completa. A segunda equipe, chamada Vale das Orquídeas abrange uma comunidade vizinha, mas já está há 4 meses sem médico, trabalhando apenas com a enfermeira Gisele e a auxiliar de enfermagem Adelaide. As famílias das duas comunidades são atendidas por uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) composta pela cirurgiã-dentista Telma, a técnica em saúde bucal (TSB) Márcia e a auxiliar de saúde bucal (ASB) Jaldeci. Atualmente a gerência é realizada por um Colegiado Gestor Local eleito por todos os profissionais.

Uma vez por semana as equipes recebem a visita do RESGAT que é um grupo de supervisores da Secretaria Municipal de Saúde que ajuda a equipe na organização do processo de trabalho, além de promover treinamentos e facilitar a interlocução no território.

Apesar do tempo de funcionamento, a equipe Vale das Palmeiras ainda não haviam consolidado todos os dados das fichas de cadastro para que pudessem fazer o diagnóstico de saúde da comunidade que tem 4.498 cidadãos distribuídos

em 1306 famílias cadastradas. Apenas alguns dados mais gerais, mostrados a seguir haviam sido trabalhados pela equipe.

Tabela 1 Distribuição etária da população residente na comunidade Vale das Palmeiras, 2009.

Idade	Feminino	Masculino	Total
Menores de 1 ano	30	49	79
1-4 anos	213	179	392
5-6 anos	100	120	220
7-9 anos	170	184	354
10-14 anos	222	239	461
15-19 anos	233	235	468
20-24 anos	189	210	399
25-39 anos	550	458	1008
40-49 anos	286	240	526
50-59 anos	171	129	300
60 ou mais	170	121	291
Total	2334	2164	4498

Fonte: Relatório A2 – SIAB , Nov- 2009

Atualmente, de acordo com os registros, são 239 analfabetos; 2276 cidadãos que só possuem o ensino fundamental; e 5% da população entre 7 e 14 anos fora da escola. Na proximidade da área de abrangência da comunidade Vila das Palmeiras existe uma escola do ensino fundamental e uma creche municipal na rua principal da Comunidade.

Conforme mostra a tabela abaixo, parece que a maior parte da população é pobre.

Tabela 2 Distribuição das famílias do Vale das Palmeiras segundo renda familiar, 2009

Renda Familiar	Quantidade
Até ½ salário mínimo	136
Mais de ½ até 1 salário mínimo	240
Mais de 1 até 2 salários mínimos	453
Mais de 2 até 5 salários mínimos	289
Mais de 5 salários mínimos	29
Doações	51
Ignorada	39
Não respondeu	69

Fonte: Consolidado dos Cadastros – SIAB , Nov- 2009

Noventa por cento das moradias são de tijolo e possuem em média 3 cômodos. Quarenta famílias não possuem sistema de esgotamento sanitário. Aproximadamente 35% das famílias relatam que não tratam a água no domicílio antes do consumo.

Em 2009, 52 gestantes foram cadastradas, 39 com pré-natal no módulo e iniciando nos primeiros três meses de gestação. Das gestantes cadastradas 15 eram menores de 20 anos e 8 eram da microárea 5. O PSF também desenvolve grupos de gestante, onde as mulheres têm um espaço para troca de experiências.

No ano foram diagnosticados 6 casos de tuberculose e 3 casos de hanseníase e todos ainda estão em tratamento. Entretanto, no último mês os ACS

acompanharam apenas 2 moradores com tuberculose e 1 com hanseníase, os únicos que compareceram à consulta agendada com a Dra. Luciene.

A Mortalidade Proporcional de Adolescentes por violência em 2009 foi de 3,1% na área e a taxa de mortalidade infantil foi de 18,1.

A Enfermeira Sônia, supervisora do PSF Vale das Palmeiras, já havia sinalizado que está preocupada com a assistência à criança. Apesar das consultas de pré-natal realizadas em 2009, dos 51 nascidos vivos na área, 8 nasceram com peso abaixo de 2500 g.

Vagner também conversa muito com seus agentes durante a reunião de equipe sobre a importância da frequência nas visitas domiciliares e a necessidade de atualização dos dados da ficha de cadastro para que facilite ao máximo a organização do processo de trabalho. O número de visitas realizadas pela equipe se encontra na tabela 3.

Tabela 3: Quantitativo de VD realizadas pelos profissionais em 2009

Categoria Profissional	Total VD / ano
Enfermeiro	481
Médico	196
Nível médio (auxiliares de enfermagem, ASB e TSB).	410
Outros profissionais de nível superior	28
ACS	12.229

Fonte: PMA2 – Jan a dez de 2009, SIAB

Gabarito 1- Neste cenário as equipes deverão apontar/analisar os seguintes indicadores :

Demográficos: Estrutura populacional por sexo e idade; Número médio de pessoas por família; Proporção de menores de 5 anos de idade na população; Proporção de idosos na população; Taxa bruta de natalidade.

Sócio-Econômicos: Níveis de Escolaridade; Proporção de crianças de 7 a 14 anos inseridas na escola; Proporção de pobres; Proporção de famílias com fezes e urina a céu aberto.

Saúde da Criança: Taxa de mortalidade infantil; Proporção de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer.

Saúde do Adolescente: Mortalidade Proporcional por violência entre adolescentes.

Saúde da Mulher: Proporção de gestantes com início do pré-natal no 1º trimestre, Proporção de gestantes menores de 20 anos.

Saúde do Adulto: Proporção de portadores de tuberculose e hanseníase acompanhados; Proporção de portadores de tuberculose e hanseníase que comparecem à consulta agendada.

Outros Indicadores: Média mensal de VD/ano

Outras situações presentes no exercício também deverão ser comentadas pela equipe, haja vista que complementam o diagnóstico já que traduzem dinâmicas do território importantes na definição de problemas. Seguem algumas situações: Escassez na disponibilidade de recursos de saúde na área; distância das referências para consultas especialidades é de 35 km e transporte precário; a comunidade está

situada na beira da estrada, ou seja, exposta ao risco de acidentes; uma das equipes sem médico há 4 meses, uma escola e uma creche na comunidade; o não tratamento da água antes do consumo em um número expressivo de famílias; a supervisão discutindo uma situação “problema” com a equipe; o desenvolvimento do grupo de gestante; a reunião de equipe como espaço de discussão do processo de trabalho; uma microárea concentra um número expressivo de gestantes menores de 20 anos.

CENÁRIO 2

Em um antigo sítio chamado "Fazenda da Paz" iniciou-se a história dos primeiros moradores do Jardim da Paz, em sua maioria de imigrantes nordestinos e de outros locais da cidade do Rio de Janeiro, que começaram a povoar a região por volta dos anos 80. Na mesma época um grupo de moradores iniciou o processo de criação da Associação de Moradores que daria nome à comunidade.

Na comunidade, as opções de lazer são: o campo de terra batida, a Vila Olímpica (que atende não só a comunidade) e o ensaio da Escola de Samba do bairro que movimenta os finais de semana.

As ruas são bem iluminadas, asfaltadas, com um movimentado comércio local e com várias linhas de ônibus para pontos centrais da cidade.

Apesar de alguma experiência acumulada no PSF de Camaragibe, em Pernambuco esta era a primeira vez que Rita iria trabalhar em uma comunidade do Rio de Janeiro.

O PSF Jardim da Paz é composto por 4 ESF e 2 ESB e iniciou suas atividades há 4 anos em um espaço recém construído pela prefeitura.

A médica Roberta, o auxiliar de enfermagem Marcelo e seis agentes comunitários formavam a equipe com Rita. As outras equipes também estavam completas e funcionavam com sete ACS cada. As ESB eram compostas pelos cirurgiões-dentistas Elisabete e Jalmir, pela TSB Paula e pelo ASB Alex. Portanto, 43 profissionais estão cadastrados no CNES do PSF Jardim da Paz.

Rita achou melhor consolidar todos os cadastros e rever prontuários e planilhas para que pudesse fazer uma análise da situação de saúde da comunidade para poder organizar o cronograma de atendimento e discutir o planejamento das ações a partir dessas informações.

Segundo o levantamento, naquele momento, estavam cadastrados 14.870 cidadãos distribuídos em 4.397 famílias (cada equipe era responsável em média por 1.100).

Tabela 4 Distribuição etária da população residente na comunidade Jardim da Paz, 2009.

Idade	Feminino	Masculino	Total
Menores de 1 ano	90	107	197
1-4 anos	426	404	830
5-6 anos	219	245	464
7-9 anos	400	377	777
10-14 anos	566	601	1167
15-19 anos	596	536	1132
20-24 anos	804	868	1672
25-39 anos	1598	1300	2898
40-49 anos	1500	897	2397
50-59 anos	1001	677	1678
60 ou mais	1314	761	2075
Total	8097	6773	14870

Fonte: Relatório A2 – SIAB , Nov- 2009

Como mostrado na tabela 5, a equipe também tinha colhido e sintetizado informações sobre a situação profissional dos adultos.

Tabela 5: Distribuição da situação profissional dos cidadãos maiores de 15 anos segundo sexo, 2009

Situação Profissional	Masculino	Feminino
Emprego Formal	1934	1372
Emprego Informal	805	952
Desempregado	565	714
Autônomo	316	218
Pensionista /Aposentado	823	1171
Empregador	26	21

Fonte: Consolidado dos Cadastros- SIAB , 2009

Em relação à frequência escolar, na faixa etária dos 7 a 9 anos 768 crianças frequentam a escola e na faixa de 10 a 14 anos, 22 adolescentes não frequentam a escola. A comunidade possui duas escolas do ensino fundamental. Para fazer o ensino médio o morador precisa ir pegar 1 ônibus para estudar à noite numa escola recém construída pelo estado.

Apesar do vínculo entre as gestantes e a equipe, Dra. Roberta precisou encaminhar 4 mulheres para o pré-natal de médio e alto risco em outras unidades de referência. Entretanto, teve que conversar muito com estas gestantes antes de encaminhá-las, já que estas preferiam fazer o pré-natal no módulo porque é mais perto de casa.

A equipe também realiza uma consulta coletiva com mulheres que precisam fazer o exame preventivo uma vez por mês. No ano de 2009 foram realizados 231 preventivos em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos. A mortalidade proporcional de mulheres em idade fértil (10-49 anos) foi de 6,3% no ano de 2009. No momento do cadastro 9 mulheres refeririam sofrer violência doméstica.

O consolidado apontou que 14,7% da população declarou ao ACS ser acometida por alguma doença. Entre as mais frequentes estavam a hipertensão arterial com 2.497 hipertensos referidos e a diabetes que era referida por 595 moradores. Desses, 2.350 hipertensos e 578 diabéticos têm diagnóstico confirmado e fazem tratamento na unidade, embora o índice de faltas em relação às consultas agendadas venha aumentando muito nos últimos meses, assim como o acompanhamento dos ACS nas visitas (tabela 3).

Das hospitalizações registradas no SSA2 no ano de 2009, 5,26% foram por complicações por diabetes. Parece que a avaliação do pé diabético e as orientações do auto-cuidado que a equipe incorporou na consulta têm ajudado esses usuários.

Tabela 6: Distribuição do nº de hipertensos e diabéticos cadastrados em relação ao acompanhamento (visita domiciliar dos ACS) em dezembro de 2009

Pessoas com Hipertensão	Nº	Pessoas com Diabetes	Nº
Cadastradas	2.350	Cadastradas	578
Acompanhadas	1.175	Acompanhadas	289

Fonte : SSA2 – SIAB , 2009

Três e meio por cento dos cadastrados afirmam ter alguma doença mental na família.

Roberta conversou com a equipe sobre a importância de melhor organizar as questões relacionadas à saúde materno-infantil e usou como exemplo a Taxa Bruta de Natalidade que no ano foi de 20,1 por mil nascidos vivos e o número de crianças em aleitamento materno. No mês de novembro das 25 crianças menores de 1 mês , 13 estavam em aleitamento materno exclusivo. Além disto, usou também os dados relativos à vacinação e a situação nutricional (tabela 7).

Tabela 7: Dados relacionados à Saúde da Criança no PSF Jardim da Paz, dezembro de 2009

CRIANÇAS	
De 0 a 11 meses e 29 dias	197
Com vacinas em dia	171
Pesadas no mês	146
Com peso abaixo do P10	12
De 12 a 23 meses e 29 dias	201
Com vacinas em dia	187
Pesadas no mês	98
Com peso abaixo do P10	11

Fonte : SSA2 – SIAB , 2009

A comunidade possui 175 idosos com restrição ao domicílio, sendo 69 acamados com dependência total. Trinta por cento dos idosos do Jardim da Paz vive sozinho e com isso o risco de depressão.

Apesar da comunidade frequentar a unidade há bastante tempo, a equipe não promove reuniões comunitárias e tem dificuldade de acesso a algumas microáreas próximas a Associação de Moradores. O Presidente da Associação reclama que a Unidade não participa dos mutirões promovidos nas áreas mais distantes e que alguns casos que foram detectados por eles não foram absorvidos pela Estratégia.

Com relação à saúde bucal notou-se que 37% da população coberta pela equipe de Rita referem alguma necessidade de tratamento (dor espontânea ou provocada e necessidade de próteses). As equipes de saúde bucal desenvolvem regularmente atividades de promoção e prevenção como escovação dental supervisionada e de alimentação saudável. Porém, quando se trata de atendimento clínico trabalham na lógica da demanda espontânea.

As equipes alegam que têm dificuldade no planejamento da demanda devido ao grande volume de necessidades de tratamento acumuladas e ao fato de que têm de cobrir um quantitativo populacional referente a duas equipes.

Gabarito 2 - Neste cenário as equipes deverão apontar/analisar os seguintes indicadores:

Demográficos: Estrutura populacional por faixa etária e sexo; Número médio de pessoas por família; Proporção de menores de 5 anos de idade na população; Proporção de idosos na população; Taxa bruta de natalidade.

Sócio-Econômicos: Proporção de pessoas de 15 anos ou mais desempregadas; Proporção de crianças de 7-14 anos inseridas na escola;

Saúde da Criança: Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo; Proporção de crianças menores de 1 ano pesadas no mês; Proporção de crianças menores de 1 ano com esquema vacinal básico em dia; Proporção de crianças menores de 1 ano com peso abaixo de P10; Proporção de crianças de 12-23 meses e 29 dias com esquema vacinal básico em dia; Proporção de crianças de 12-23 meses e 29 dias com peso abaixo de P10.

Saúde da Mulher: Proporção de mulheres com gestação de risco; Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população alvo; Mortalidade Proporcional de Mulheres (10-49 anos).

Saúde do Adulto: Proporção de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus acompanhados; Proporção de Hospitalizações por complicações de diabetes mellitus.

Saúde do Idoso: Proporção de idosos com restrição ao domicílio e ao leito

Outras situações presentes no exercício que mereciam discussão: opções de lazer na comunidade; ruas pavimentadas e iluminadas; transporte satisfatório; a comunidade possui duas escolas; dificuldade de acesso à escola de nível médio; mulheres referiram violência doméstica no cadastramento; alguns moradores referiram doença mental na família; a médica discute com a equipe a partir dos indicadores; muitos idosos moram sozinhos; a equipe não promove reuniões comunitárias; necessidade de tratamento em relação às condições de saúde bucal;

a saúde bucal promove atividades educativas; dificuldade de planejamento das ações em função da demanda.

5.5 EXERCÍCIO DE PLANEJAMENTO NAS EQUIPES

O exercício foi realizado em 2 unidades de PSF da AP 5.2, onde 2 facilitadores treinados pela pesquisadora orientaram na realização do exercício sem interferir na dinâmica da atividade.

Na Equipe 1 onde foi discutido o Cenário 1, participaram da atividade apenas 4 ACS, enquanto na Equipe 2 estiveram na discussão 14 ACS, 1 enfermeira e 1 médica.

É importante destacar que esta etapa da pesquisa se desenvolveu em fevereiro, época em que município do Rio de Janeiro passou por uma transição de contratos referentes inclusive aos recursos humanos. Essa descontinuidade do vínculo empregatício adiou por várias vezes o exercício nas equipes selecionadas e foi um elemento desmotivador na realização da atividade junto aos profissionais contratados. Fato comprovado pela pouca participação dos profissionais em uma das unidades.

A linguagem utilizada nos cenários foi considerada de fácil compreensão pelas duas equipes, não trazendo problemas de interpretação. Para a realização da atividade as duas equipes utilizaram como metodologia a leitura do cenário e roteiro para identificação dos problemas e em seguida deram início a um debate para propor as soluções.

Quadro 2: Indicadores identificados no cenário pela equipe 1 em relação ao gabarito do exercício

CENÁRIO 1 – EQUIPE 1	
Indicadores - Grupo	Gabarito e Resultado
Demográficos	Estr. populacional por sexo e idade Nº médio de pessoas por família % de menores de 5 anos de idade na população % de idosos na população Taxa bruta de natalidade
Sócio Econômicos	Níveis de Escolaridade Proporção de crianças de 7 a 14 anos inseridas na escola Proporção de pobres Proporção de famílias com fezes e urina à céu aberto
Saúde da Criança	Taxa de Mortalidade Infantil % de Nascidos Vivos com baixo peso ao nascer
Saúde do Adolescente	Mortalidade proporcional por violência em adolescentes
Saúde da Mulher	% de gestantes com início do pré-natal no 1º trimestre % de gestantes menores de 20 anos
Saúde do Adulto	% de portadores de tuberculose (TB) acompanhados % de portadores de hanseníase acompanhados % de portadores de TB que comparece a consulta % de portadores de Hanseníase que comparece à consulta
Outros Indicadores	Média mensal de VD/ano

Legenda: Indicadores identificados pela equipe no exercício

Quadro 3: Indicadores identificados no cenário pela equipe 2 em relação ao gabarito do exercício

CENÁRIO 2 – EQUIPE 2	
Indicadores - Grupo	Gabarito e Resultado
Demográficos	Estr. populacional por sexo e idade Nº médio de pessoas por família % de menores de 5 anos de idade na população % de idosos na população Taxa bruta de natalidade
Sócio Econômicos	% de pessoas de 15 anos ou mais desempregadas % de crianças de 7 a 14 anos inseridas na escola
Saúde da Criança	Taxa de prevalência de aleitamento materno exclusivo % de crianças < de 1 ano pesadas no mês % de crianças < de 1 ano com peso abaixo de P10 % de crianças < de 1 ano com esquema vacinal em dia % de crianças de 12-23 meses e 29 dias com esquema vacinal em dia; % crianças de 12-23 meses e 29 dias com peso < de P10
Saúde da Mulher	% de mulheres com gestação de risco; Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos Mortalidade Proporcional de Mulheres (10-49 anos).
Saúde do Adulto	% de portadores de HA acompanhados % de portadores de DM acompanhados % de hospitalizações por complicações do DM
Saúde do Idoso	Proporção de idosos com restrição ao domicílio e ao leito

Legenda: Indicadores identificados pela equipe no exercício

Embora tenham identificado um número maior de indicadores a Equipe 1, não foi clara na avaliação dos dados, registrando comentários mais gerais, do tipo : “estrutura populacional equilibrada” e “proporção satisfatória”.

Nenhuma das duas equipes apresentou o cálculo dos indicadores, entretanto na avaliação percebeu-se que compararam com os parâmetros de referência.

Em relação às outras situações explícitas no texto que poderiam complementar a situação, o resultado da Equipe 1 foi bastante satisfatório, pois muito se aproximou do esperado. O grupo destacou a distância da unidade para os serviços de referência; a ausência de tratamento da água nos domicílios; o número alto de gestantes menores de 20 anos concentradas em uma comunidade e as questões de violência contra o adolescente. Embora tenham procurado correlacionar esses problemas com as suas causas, tiveram dificuldade em identificá-las, citando apenas falta de ações educativas e condições sócio-econômicas.

É importante ressaltar que os dois grupos praticamente não apontaram os indicadores demográficos e sócio-econômicos. Percebeu-se que o grupo que tinha dois profissionais técnicos presentes à discussão (enfermeiro e médico) não identificaram nenhum deles, concentrando o foco nos aspectos biológicos, muitas vezes centrado na doença. Neste caso, àqueles relacionados à atenção à saúde da criança e do adulto.

A assimilação de uma visão ampliada em saúde, com um olhar para seus determinantes e condicionantes, para o modo de viver a vida dentro dos territórios, não se mostrou suficientemente presente na definição de prioridades na ação (Elia, 2009)

Em relação ao planejamento, a Equipe 2 sistematizou melhor as ações apontando uma reorganização nos cronogramas de trabalho, propondo atividades envolvendo a participação da comunidade e buscando redes de apoio para as famílias vulneráveis e investindo nas visitas domiciliares para aumentar o vínculo com a comunidade.

A equipe 1 não atingiu o objetivo, pois suas propostas ficaram concentradas no aumento de RH (no exercício uma equipe está incompleta) e treinamento dos ACS para atuar na comunidade. Talvez, a partir deste exercício, os ACS tenham percebido que a falta de discussão sobre esses temas tenha dificultado na realização da atividade de planejamento.

A equipe 2 finalizou seu relatório com o seguinte comentário:

“A proposta promove uma referência de intervenção para solução de problemas detectados, sensibilizando as equipes para utilizar este instrumento no dia-a-dia de trabalho.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou contribuir para o uso racional das informações geradas na rotina da ESF, principalmente fomentando espaços de discussão acerca dessa temática para facilitar a interpretação dos dados e sua correlação com a prática, como foi o caso do GT de Informação para avaliação da matriz e o exercício de planejamento.

Ao longo de todo processo, percebeu-se que ainda é muito forte a percepção dos profissionais sobre a Informação como algo burocrático, não reflexiva além da sensação de gerar informações que não são utilizadas para nada. Somados a isso, a equipe se defronta com umas prioridades apresentadas pelos gestores que vão se sobrepondo às necessidades locais.

É notório que as equipes não têm governabilidade para a realização de todas as ações desejadas frente a indicadores ligados, por exemplo, às questões de violência, pobreza, dentre outros. Entretanto, ampliar as ações intersetoriais vai facilitar muito a organização de ações coletivas que tenham algum impacto na melhoria da qualidade de vida dos moradores.

O processo de planejar na ESF deve envolver o maior número de atores sociais e se constitui, na prática, no cumprimento de uma dos principais pilares desse modelo: o trabalho em equipe. Os envolvidos não devem se restringir à equipe de PSF mas, aos gestores, escolas, creches, igrejas, associações de moradores, estabelecimentos comerciais, conselhos e a própria comunidade.

A não facilidade em disponibilizar relatórios consolidados pelo SI e a descontinuidade dos sistemas, frentes às mudanças políticas institucionais que

ocorreram no município também são elementos dificultadores para o melhor aproveitamento das informações. Atividades de educação permanente também se fazem necessários dentro desse contexto, mas sozinhas não garantiram a incorporação da análise dos indicadores nas equipes. É preciso que as condições de trabalho, perpassando por questões de infra-estrutura como computadores de boa qualidade e conectividade sejam garantidos para facilitar o trabalho e estimular o uso no dia-a-dia.

Sugere-se que a matriz seja submetida a novas avaliações no futuro para permitir que indicadores ainda não trabalhados no nível local, tais como os provenientes das Caderneta Saúde da Pessoa Idosa e a Caderneta de Saúde do Adolescente também possam ser incorporados à matriz, em função da grande importância no monitoramento desses grupos populacionais.

O exercício não pretendeu esgotar-se na sua plenitude, mas despertar nas equipes e gestores em Saúde da Família a necessidade da abertura de espaços de discussão que oferecem exercícios semelhantes à rotina do PSF para que facilite o entendimento e a interpretação das informações geradas.

Por fim vale ressaltar que a apresentação de sugestões de uso dos indicadores da Matriz de indicadores foi apontada pelas equipes como um importante avanço na aproximação da teoria e prática para tomada de decisão na esfera do Saúde da Família. Tal reflexão se justifica pelo fato dos profissionais considerarem o cálculo dos indicadores de saúde um campo muito distante da sua prática profissional, restrito aos pesquisadores e gestores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, I. S. e J. M. Cardoso. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro FIOCRUZ. 2007. 149 p. p.

Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70. 2007. 223 p.

Branco, M. A. F. Informação e Saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006. 222 p.

Brasil. SIAB: Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica D. D. A. Básica: Ministério da Saúde: 98 p. 1998.

_____. Relatório de Gestão 1998-2002. B. M. D. Saúde 2002.

_____. Monitoramento na Atenção Básica de Saúde: Roteiro para Reflexão e Ação. D. D. A. Básica: Ministério da Saúde 2004.

_____. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB : Indicadores 2004. D. D. A. Básica: Ministério da Saúde 2005.

_____. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa Brasília. Cadernos de Atenção Básica nº 19, 2006.

Brasil. Saúde da Família: Uma Estratégia para reorientação do modelo assistencial. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 1998.

Carvalho, M. S. Informação: da produção à utilização. In: E. Fiocruz (Ed.). Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro, 2000. Informação: da produção à utilização, p.304

Castro, R. R. T. D. Informação: ferramenta de gestão para a tomada de decisão em saúde. Uma proposta de revisão do processo de trabalho da Divisão de Emergência do Hospital Geral de Bonsucesso. Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro, 2006. 96p. p.

Cordeiro, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS Cad. Saúde da Família. janeiro-junho 1996.

Datasus. GIL: Gerenciador de Informações Locais <http://gil.datasus.gov.br> Acessado em 10.02.2010.

_____. Sistemas e Aplicativos Disponível em: <http://www.datasus.gov.br-siab-siab.htm> p. 2008.

Elia, P. C. Construção do Plano Local como atribuição das Equipes de Saúde da Família .(Dissertação de Mestrado). Universidade Estácio de Sá Rio de Janeiro 2009. 109p. p.

Ferrari, R. A. P., Z. Thomson, *et al.* Atenção à saúde dos Adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da Saúde da Família Cadernos de Saúde Pública Rio de Janeiro vol.22 no.11 2006.

França, T. Sistema de informação da atenção básica: um estudo exploratório. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. 102 p.

Franco, T. e E. Merhy. PSF: Contradições e Novos desafios Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm> 2001.

Freitas, F. P. D. e I. C. Pinto. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica- SIAB. Rev. Latino Americana de Enfermagem. v.13: p.547-554 p. 2005.

Júnior, J. B. R. Informação em Saúde no Brasil: a contribuição da RIPSa. Ciência & Saúde Coletiva vol.11: 1049-1053 p. 2006.

Laurenti, R., M. L. Lebrão, *et al.* Estatísticas de Saúde. São Paulo: EPU. 2005. 186 p.

Medina, M. G. e R. Aquino. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: Hucitec (Ed.). Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo, 2002. Avaliando o Programa de Saúde da Família, p.219

Medronho, R. A. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu. 2008 (2ª ed.)

Melleiro, M. M., D. M. R. Tronchin, *et al.* O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. Acta Paul Enferm. V.18. São Paulo: Acta paul. enferm. 18(2): 165-171 p. 2005.

Minayo, M. C. S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo:HUCITEC, . 2007. 406 p.

Moraes, I. H. S. D. e M. N. G. Gómez. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. Ciência & Saúde Coletiva 12(3): 553-565 p. 2007.

Moraes, I. H. S. D. e S. R. F. R. D. S. Santos. Informações para a Gestão do SUS: Necessidades e Perspectivas Informe Epidemiológico do SUS. 10(1): 49-56 p. 2001.

Mota, E. e D. M. T. Carvalho. Sistemas de Informação em Saúde. In: Ed. (Ed.). Epidemiologia e Saúde Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. Sistemas de Informação em Saúde, p.728 p.

Opas. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico, v.vol.2, No 4, dez. 2001.

Peduzzi, M. Mudanças Tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho, Educação e Saúde. 1(1): 75-91 p. 2002.

Rebouças, M. e M. G. Pereira. Indicadores de Saúde para Idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos Rev. Panam. Salud Publica. 23(4): 237-246 p. 2008.

Ribeiro, E. C. D. O. e J. I. J. Motta. Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde. <http://www.redeunida.org.br/producao/artigo.asp>.

Ripsa. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações: OPAS 2008.

Savassi, L. C. M. e R. B. Dias. Planejamento de ações na equipe www.smmfc.org.br/gesf. Acessado em 11.02.2010.

Schout, D. e H. M. D. Novaes. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Ciência & Saúde Coletiva. 12(4): 935-944 p. 2007.

Silva, A. B. D. O. O sistema de informações estatísticas no Brasil e as relações entre seus produtores e usuários. Ci.Inf. 34: 62-69 p. 2005.

Silva, A. S. e M. R. Laprega. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad.SaudePública. 21: 1821-1828 p. 2005.

Soares, D. A., S. M. Andrade, *et al.* Epidemiologia e Indicadores de Saúde. In: (Ed.). Bases da Saúde Coletiva Londrina: Ed.UEL, v.v.3, 2001. Epidemiologia e Indicadores de Saúde, p.p.268

Tavares, M. e S. Takeda. Organização de serviços de atenção primária em saúde. In: A. Sul (Ed.). Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre, 1996. Organização de serviços de atenção primária em saúde

Vermelho, L. L., A. J. C. Leal, *et al.* Indicadores de Saúde. In: (Ed.). Epidemiologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. Indicadores de Saúde

Viana, S. M. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília Organização Pan-Americana da Saúde. 2001. 224p p. (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada)

APÊNDICE A

PROPOSTA DA OFICINA

Os participantes do GT da Informação serão divididos em 4 grupos para análise da matriz de indicadores sugerida pelas pesquisadoras.

1º GRUPO: INDICADORES DEMOGRÁFICOS E SÓCIO-ECONÔMICOS

2º GRUPO: INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

3º GRUPO: INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E OUTROS

4º GRUPO: INDICADORES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO E IDOSO

Considerações:

Este estudo tem como objetivo elaborar uma matriz de indicadores que possa ser útil para as ESF no que tange o uso racional das informações no planejamento local.

Orientações:

1. Cada grupo deverá registrar a avaliação na **FOLHA DE RESPOSTA** da sua área temática.
2. Na coluna **FONTE DE DADOS** o grupo deverá assinalar todas as fontes onde estarão disponíveis os dados para o cálculo do

indicador. O grupo poderá marcar mais de uma opção ou não marcar nenhuma opção, caso não haja disponibilidade.

3. Estratégia de Avaliação: Após discussão entre os participantes, cada grupo deverá atribuir uma nota de 1 a 5 (considerando 5 a maior nota e 1 a menor nota) para cada indicador, considerando os seguintes critérios:

- a) **Aplicabilidade e relevância no nível local** – se é **importante e possível aplicar** esse indicador na área do PSF para conhecer a situação de saúde e planejamento de ações;
- b) **Facilidade na obtenção dos dados** – se é fácil obter o dado para o preenchimento através das fontes de dados (prontuários, fichas, planilhas, etc...);
- c) **Cobertura do preenchimento** – se as informações de todos os usuários necessárias para o cálculo estão disponíveis (registros nos formulários de rotina , por exemplo);
- d) **Atualidade das informações**- se os dados são atualizados com frequência de modo que as informações estejam mais próximas da realidade;
- e) **Qualidade do dado** – se as fontes de dados do numerador e denominador são de boa qualidade garantindo maior fidedignidade no resultado ;

1. Cada grupo deve registrar em tópicos a justificativa para a nota na folha em branco através de tópicos que explicitem as motivações para a nota.
2. Na coluna ACRESCENTAR UTILIZAÇÃO o grupo poderá escrever outras utilizações do cálculo do indicador para a equipe que não tenha sido mencionado pelas pesquisadoras.
3. No verso da FOLHA DE RESPOSTA o grupo precisará tecer um comentário sobre a organização do material (MATRIZ DE INDICADORES) em relação descrição dos indicadores e formatação. O grupo poderá ainda propor sugestões para melhoria do material.
4. No final, cada sub-grupo apresentará o seu resultado para todo o GT.

APÊNDICE B

PROPOSTA DO EXERCÍCIO DE PLANEJAMENTO

Objetivo do Exercício: Realizar um diagnóstico de saúde com base na matriz de indicadores, discutir os principais problemas de saúde do cenário e propor ações possíveis para intervenção nos problemas encontrados

Orientações para realização da atividade:

1. A equipe deverá discutir entre si o cenário apresentado.
2. Com base na matriz de indicadores, a equipe deverá selecionar alguns indicadores possíveis de se calcular à partir do cenário descrito além de identificar alguns que já estão calculados no exercício.
3. A partir dos resultados encontrados, a equipe deverá realizar um diagnóstico de saúde, discutir os principais problemas de saúde e propor ações possíveis de intervenção.
4. Após a discussão a equipe deverá preencher o relatório e apresentar para o Coordenador do Exercício explicando todas as fases que o grupo passou para a realização.
5. A equipe deverá apontar as principais dificuldades para realização do exercício.

Roteiro para confecção do relatório:

No relatório que deverá ser entregue por escrito, a equipe deverá:

1. Apontar o número de participantes do exercício e suas respectivas categorias profissionais;
2. Destacar se a linguagem utilizada nos cenários estava adequada e de fácil compreensão;
3. Identificar a metodologia utilizada pela equipe para responder o exercício;
4. Apontar os indicadores utilizados na análise da equipe;
5. Relatar uma discussão acerca dos resultados do diagnóstico;
6. Apresentar as principais propostas de ação das equipes diante dos resultados encontrados;
7. Apontar as principais dificuldades para realização do exercício.
8. Relatar quaisquer outros comentários que a equipe achar pertinente a proposta.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Informação nas Equipes de Saúde da Família: Um exercício de planejamento local a partir de uma matriz de indicadores de saúde”, conduzida por Tatiane Caldeira dos Santos de Salles, Mestranda em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá.

O objetivo desta pesquisa é elaborar um material a ser usado no dia-a-dia das ESF que facilite o uso racional dos dados colhidos, com vistas à utilização para o planejamento local a partir da apresentação de um conjunto de Indicadores de Saúde. Sua participação consistirá em participar de oficinas de seleção dos indicadores e de exercícios de diagnóstico e planejamento. O material desenvolvido nessas oficinas será divulgado através de artigos e eventos científicos, garantindo o anonimato dos participantes.

Sua participação não será remunerada, mas estará contribuindo para o aprimoramento dos serviços de saúde oferecidos através da ESF. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que isto represente qualquer prejuízo em sua relação com os pesquisadores. Em caso de dúvida, você poderá esclarecê-las através de contato telefônico com a pesquisadora ou com a orientadora.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Rio de Janeiro, _____ de 2009

Entrevistado(a) _____ Doc. de identidade _____

Pesquisadora _____ Doc. de identidade _____

Contatos:

Tatiane Caldeira dos Santos de Salles

Telefone: (21) 9615-3177- E-mail: tatianecaldeira@hotmail.com;
tcsantos@rio.rj.gov.br

Claudia Leite de Moraes (Orientadora)

Telefone: (21) 9301-8852 - E-mail: cl.moraes@terra.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa

Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 218A/2009

Rio de Janeiro, 28 de setembro de 2009.


Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coodenadora: Suzana Alves da Silva</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Alice de C. A. Vinhaes Bráulio dos Santos Júnior Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Mônica Amorim de Oliveira Nara da Rocha Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chrispim Rafael Aron Abitbol Sandra Regina Victor</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 112/09 CAAE: 0167.0.314.308-09</p> <p>TÍTULO: Definindo indicadores de saúde para o planejamento local das equipes de saúde da família: uma proposta para o sistema de informação do município do Rio de Janeiro.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Tatiane Caldeira dos Santos de Salles.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: AP 5.2.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 28/09/2009.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	--

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala. 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)