

## INTERVINDO NA FALHA DA COLETA DE DADOS PARA ANALISE E DISSEMINAÇÃO DA INFORMAÇÃO NO MUNÍCIPIO DE SANTO ANTONIO DE POSSE

Adilson Araújo Lins<sup>1</sup>  
Claudia Rielli Ramos<sup>2</sup>  
Edilaine Tais Oliveira Lima Conti<sup>3</sup>  
Jaísa Valéria Moro<sup>4</sup>  
Márcia Cristina Antonio Simentom<sup>5</sup>  
Marina Leitão David<sup>6</sup>  
Paulo Cesar Madi<sup>7</sup>  
Rosângela Zabaleta Alves Corrêa<sup>8</sup>  
Sandro Sebastião Ferreira<sup>9</sup>  
Valeria Mileo F. Corrêa Alberto<sup>10</sup>  
Rafaela Rodrigues Cheche<sup>11</sup>

### 1 INTRODUÇÃO

O curso de Especialização em Vigilância em Saúde tem como proposta de intervenção e transformação da realidade, a elaboração de um Projeto Aplicativo que segue uma perspectiva construtivista da educação seguindo a metodologia com fundamentos do planejamento estratégico situacional, com estratégias e ações educacionais desenvolvidas no curso visando produzir uma intervenção na realidade.

Seguindo esta metodologia foi constituído Grupos Afinidade e este Grupo foi definido como Grupo Afinidade 1 que é constituído por profissionais que atuam na área da saúde e trabalham em sete

---

<sup>1</sup> Direito, Especialização IEP/HSL, Prefeitura do Município de Águas de Lindoia, [lins.adilson@oi.com.br](mailto:lins.adilson@oi.com.br)

<sup>2</sup> Enfermeira, Especialista UNIRARARAS, Prefeitura do Município Serra Negra, [rielliramos@gmail.com](mailto:rielliramos@gmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeira, Especialista UNIFESP/UNASUS, Pref. do Munic de Monte Alegre, [edilainelimaconti@gmail.com](mailto:edilainelimaconti@gmail.com)

<sup>4</sup> Enfermeira, Mestrado-USP, Prefeitura do Município de Itatiba, [ja\\_valeria@hotmail.com](mailto:ja_valeria@hotmail.com)

<sup>5</sup> Enfermeira, Especialização IEP/HSL, Pref. Munic. Santo Antonio de Posse, [marsimenton@hotmail.com](mailto:marsimenton@hotmail.com)

<sup>6</sup> Enfermeira, Especialização IEP/HSL, Prefeitura do Município Amparo, [mldavid@amparo.sp.gov.br](mailto:mldavid@amparo.sp.gov.br)

<sup>7</sup> Médico, Especialista FAMERP, Prefeitura do Munic. de Santo Antonio de Posse, [pc-madi@uol.com.br](mailto:pc-madi@uol.com.br)

<sup>8</sup> Enfermeira, Mestrado USF, Prefeitura do Município de Itatiba, [rozabalcor@gmail.com](mailto:rozabalcor@gmail.com)

<sup>9</sup> Engenheiro Civil, Especialização IEP/HSL, Prefeitura do Município de Itatiba, [engsandroferreira@gmail.com](mailto:engsandroferreira@gmail.com)

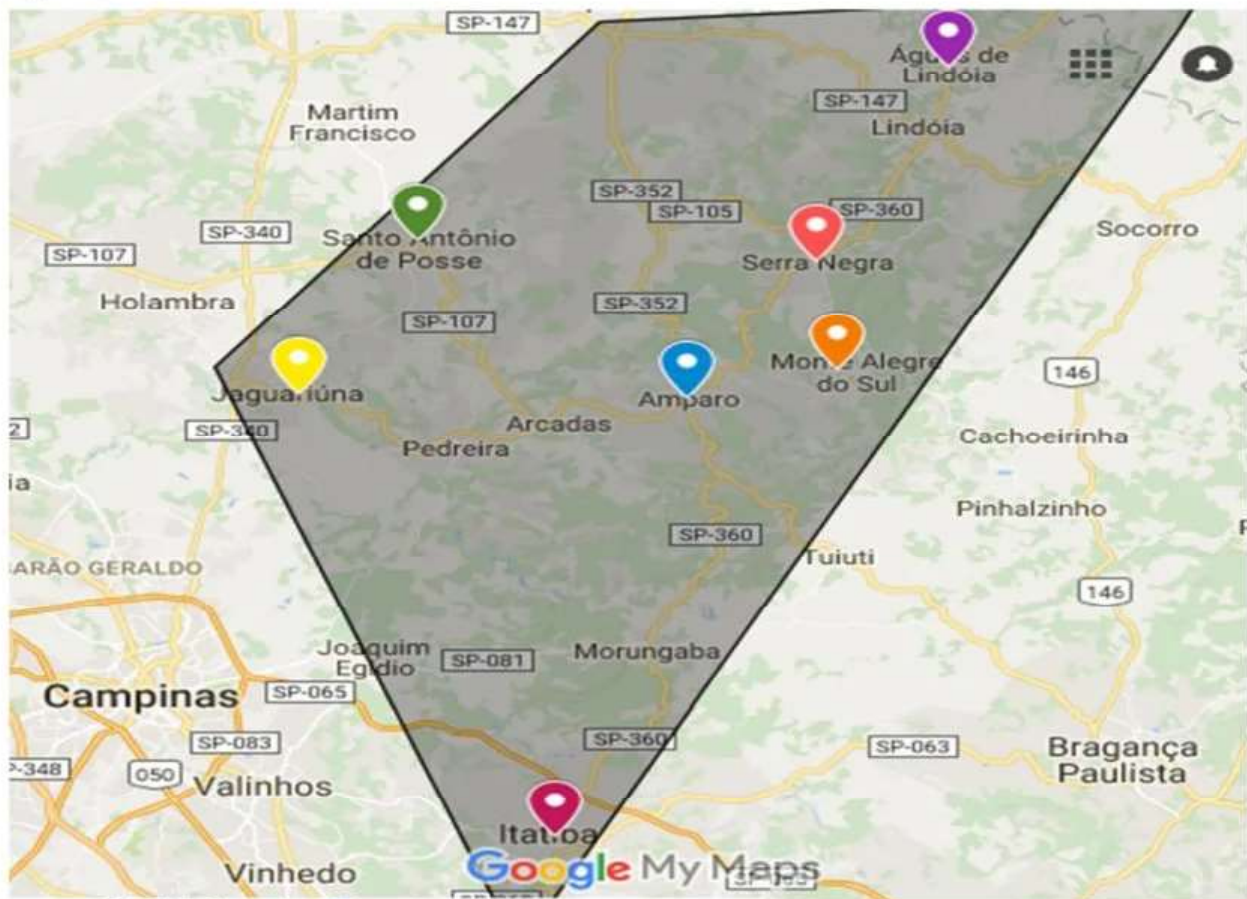
<sup>10</sup> Enfermeira, Especialização IEP/HSL, Prefeitura do Município de Jaguariuna, [valeria.alberto@yahoo.com.br](mailto:valeria.alberto@yahoo.com.br)

<sup>11</sup> Orientadora. Psicóloga, Especialização IEP/HSL, Departamento RegionalVII, Campinas, [rafacheche@yahoo.com.br](mailto:rafacheche@yahoo.com.br)

municípios que estão geograficamente próximas, possuem características próprias e estão localizadas em duas regiões distintas sendo que três estão na Região Metropolitana de Campinas e quatro no Circuito das Águas (Figura 1).

Os municípios envolvidos são: Aguas de Lindoia, Amparo, Itatiba, Jaguariúna, Monte Alegre do Sul, Santo Antônio de Posse e Serra Negra.

Figura 1



O Grupo foi formado com o intuito de elencar um problema comum para todos os municípios e elaborar um projeto com o objetivo de montar estratégias para melhorar o problema existente, podendo ser aplicado em qualquer município levando em consideração as devidas proporções e características de cada município.

As pessoas que fazem parte do Grupo trabalham na área de saúde em diversos setores sendo eles Unidade de Saúde, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, com diversas profissões como enfermeira, médico, engenheiro, advogado, que atuam em diversas funções sendo elas administrativas e assistenciais.

Estas áreas de atuação estão contidas na Vigilância em Saúde e utiliza indicadores técnicos e operacionais, e sua construção depende das informações que derivam da Atenção Primária, Secundária e Terciária. Para que esses indicadores sejam fidedignos e mostrem um retrato muito próximo da

realidade, é necessário ter uma visão epidemiológica com o objetivo de identificar uma doença ou agravo. E para isso, é preciso que os dados enviados dos serviços de saúde sejam também fidedignos, pois o dado é a base da informação.

Segundo J. Last, 1995, Epidemiologia é o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em específicas populações e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde.

O conceito de vigilância epidemiológica segundo a Lei 8.080 é, um “Conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.”

A coleta de dados é fator fundamental da determinação e investigação de eventos e os dados mais frequentemente utilizados em epidemiologia são resultantes de enumerações (contagens) e esta representação numérica é uma tentativa de aproximação ou de descrição (distribuição de atributos em categorias previamente definidas) de eventos ou fenômenos que se quer avaliar

Seguindo as orientações e metas pré determinadas pelo curso, foi elencado um problema comum à todos os municípios envolvidos no Grupo e identificado que os dados relatados e entregues à Vigilância epidemiológica em forma de formulários específicos, como por exemplo o Formulário de Doenças de Notificação Compulsória, ou por outro veículo de dados chegam com falhas de preenchimentos, dificultando a determinação, prejudicando um estudo epidemiológico com a investigação do caso. Para sanar esta falha é necessário refazer a coleta de dados disponibilizando/deslocando outro profissional para completar o preenchimento dos dados faltantes, comprometendo o tempo dispendido para concluir a investigação.

Para um melhoramento sistemático dos processos de uma organização é necessário a consolidação dos Manuais Administrativos, que são um conjunto de normas, procedimentos, instruções e orientações a ser obedecido pelos funcionários de forma individual ou coletiva (CURY 2008).

## **CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ENVOLVIDOS**

### **Águas de Lindóia**

O município de Águas de Lindóia pertence à região de Campinas, do Circuito das Águas Paulista, tem território de 60 Km<sup>2</sup>. Apresenta uma população de 17.261 habitantes (IBGE 2010), com densidade demográfica de 287,68 habitantes por Km<sup>2</sup>.

Na atenção à saúde o município conta com três unidades ESF – Estratégia saúde da Família, um ambulatório de Especialidades e um Hospital geral.

## **Amparo**

Amparo é um município localizado na região de Campinas no Circuito das Águas, seu território tem área total de 445,55 Km<sup>2</sup>. Possui uma população de 69.322 habitantes (IBGE, 2010) com taxa de urbanização de 78,71%; densidade demográfica de 150,50 habitantes por Km.

Na Atenção Básica o município conta com 15 Estratégias de Saúde da Família e (ESF) e 01 Unidade Básica de Saúde (UBS), 02 Hospitais com pronto socorro, 01 ambulatório de especialidades, 01 Centro de Atenção Psicossocial II e AD (CAPS), 01 Centro de Reabilitação.

## **Itatiba**

Itatiba é um município de área total de 322 Km<sup>2</sup>, pertencente a região metropolitana e administrativa de Campinas. Possui uma população de 101.471 (IBGE, 2010), com densidade demográfica bruta de 346,34 hab/km<sup>2</sup>.

O município conta com 19 Estratégias de Saúde da Família (ESF), 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 01 Ambulatório Central de Especialidades, 01 Centro de Atenção Integral a saúde da Mulher Itatiba, 01 Centro de Atenção a Criança, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 01 Serviço de Atenção Domiciliar, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), 01 Centro de Reabilitação, 01 Centro Integral saúde odontológica, 01 Centro de Atenção Psicossocial Alcool e Drogas (CAPS-AD) e 01 Hospital Geral.

## **Jaguariúna**

Jaguariúna é um município com uma área de 142,437 Km<sup>2</sup>, que compõe a Região Metropolitana de Campinas. Sua população estimada é de 44.311 habitantes (IBGE 2010), com densidade populacional de 311,1 hab./Km<sup>2</sup>.

Conta com 07 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 01 Hospital e Maternidade Municipal; 01 Ambulatório de Especialidades Médicas; 01 Unidade de Pronto Atendimento; 01 Centro de Atenção Psicossocial; 01 Centro de Referência da criança e do Adolescente (em saúde mental); 01 Serviço de Atendimento domiciliar - "Melhor em Casa"; 01 Centro de Odontologia; 01 Centro de Especialidades Odontológicas; 01 Ambulatório de Feridas; 01 Serviço de Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Vetores); 01 Ambulatório Municipal de DST/AIDS/HIV e Hepatites (Serviço de Atendimento Especializado); 01 Central de regulação, 01 Centro de Controle de Zoonoses; 01 Serviço Assistência Farmacêutica; 01 Serviço de Transporte Ambulatorial e de urgência.

## **Monte Alegre do Sul**

O município de Monte Alegre do Sul apresenta área territorial de 110,3 Km quadrados. Pertence a Regional de Saúde de Campinas e é localizado no Circuito das Águas Paulistas com uma população de 7.812 hab e densidade demográfica de 64,8 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

Monte Alegre conta com 03 Estratégias de Saúde da Família (ESF). O Pronto Atendimento Municipal, atualmente conta com convênio municipal hospital Santa Casa Anna Cintra, do município de Amparo (13,3 km distância) para internações e avaliações de gestantes. Internações de média e alta complexidade são reguladas via CROSS.

### **Santo Antônio de Posse**

Santo Antônio de Posse apresenta 154 Km<sup>2</sup> de extensão. Faz parte da Região Metropolitana de Campinas. A população atual é de aproximadamente 22.176 (IBGE, 2010) e densidade demográfica de 134 hab/km<sup>2</sup>.

O município conta com Pronto Atendimento 24 horas, 6 Estratégias de Saúde da Família, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Centro Odontológico Municipal, Centro de Especialidades, Centro Municipal de Reabilitação e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O Pronto Atendimento Municipal, atualmente conta com convênio municipal hospital Santa Casa Anna Cintra, do município de Amparo (30 km distância) para internações e avaliações de gestantes. Internações de média e alta complexidade são reguladas via CROSS.

Serra Negra

O município de Serra Negra apresenta 203,01 Km<sup>2</sup> de extensão, pertence à região de Campinas, localizada no Circuito das Águas Paulista. População de 26.387 habitantes (IBGE, 2010) e densidade demográfica de 129hab/km<sup>2</sup>.

Serra Negra conta com 05 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) e 4 Unidades Básicas de Saúde. 01 Ambulatório de Especialidades, 01 Centro de Atendimento Psicossocial I (CAPS), 01 Ambulatório de Saúde Mental, 01 Centro de Fisioterapia, Vigilância em Saúde e 01 Hospital Geral.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a qualidade da informação no serviço de saúde.

### **2.2 Obejetivos Especificos**

- Sensibilizar e capacitar os atores envolvidos na coleta de dados;
- Demonstrar a importância da coleta de dados análise e disseminação da informação;

- Promover a socialização e disseminação dos protocolos e instruções existentes;
- Fortalecer a integração Intersetorial.

### 3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

No primeiro momento o grupo realizou uma técnica para elencar um problema semelhante a todos os municípios envolvidos para a realização de um projeto de intervenção.

Após a exposição de todos os componentes do grupo sobre as características e problemas encontrados em cada município, vimos que havia muito mais semelhanças do que diferenças, o que nos possibilitaria a execução do Projeto Aplicativo.

Cada participante em targetas, elencou as dificuldades e angústias encontradas em seus municípios. Em seguida os problemas foram discutidos e agrupados em núcleo de sentido por semelhança de características.

Assim foram elencados 7 macro problemas:

1. Quadro de funcionários insuficientes;
2. Falta de capacitação;
3. Falta de comprometimento/estimulos dos profissionais;
4. Falta de integração da rede de atenção a saúde;
5. Baixo financiamento e má gestão e recursos;
6. Pouca efetividade da comunicação;
7. Falha na coleta de dados, análise e disseminação da informação.

Utilizamos a ferramenta do planejamento estratégico, com instrumentos apresentados no curso para priorização dos problemas e em análise foi definido para o desenvolvimento do projeto de intervenção o seguinte macroproblema: **“Falha na coleta de dados, análise e disseminação da informação”**.

Após “exaustiva discussão/atividade”, começamos a entender que era necessário chegar às “causas, descritores e consequências” provenientes do problema escolhido e evidenciamos o seu impacto na realidade de cada serviço com a elaboração da Árvore Explicativa (figura 2)

#### Figura 2



Com base na análise da árvore explicativa foram encontrados quatro Nós Críticos importantes:

- ✓ Deficiência de Capacitação;
- ✓ Baixa Adesão dos Protocolos/Informações de dados a serem colhidos;
- ✓ Falta de Instruções claras e específicas para cada dado a ser colhido;
- ✓ Coordenação técnica/administrativa ineficaz;

Em nova análise destes Nós Críticos elencados, foi verificado que a “Deficiência de Capacitação” pode gerar a “baixa adesão dos protocolos/informações de dados a serem colhidos”, gerar a “falta de instruções claras e específicas para cada dado a ser colhido” e com uma “coordenação técnica/administrativa ineficaz” contribuir para a deficiência na coleta de dados. Portanto, concluímos que, para o Macroproblema “A Falha na coleta de dados para análise e disseminação da informação” deve-se trabalhar: a “Deficiência de Capacitação,” e para isto o grupo deu início no planejamento das ações e seu passo a passo para o fortalecimento e o direcionamento na qualidade das capacitações com o objetivo de agregar, envolver e responsabilizar os líderes das equipes. Padronizar as ações de vigilância, qualificando o processo de coleta, análise e disseminação dos dados.

## DISCUSSÃO

Nós críticos x referencial teórico

1-Deficiência da capacitação

De acordo Sousa et al (2012), quando se fala do nível do conhecimento das doenças de notificação compulsória pela Equipe Saúde da Família (ESF) no Piauí, apesar de demonstrarem um variado nível de conhecimento e sua real necessidade de notificação, há uma deficiência no conhecimento pela equipe, havendo assim a necessidade de investir em capacitação, afim de corrigir e fortalecer os conceitos e diretrizes do processo de notificação.

Já Silva, Ogata e Machado (2007), demonstraram que existem alguns entraves no desenvolvimento das ações de capacitação técnico-política dos trabalhadores dos serviços de saúde no que se refere a educação permanente e isto se deve muitas vezes ao formato das capacitações, metodologia aplicada, temas abordados que não condizem com a realidade e necessidade dos trabalhadores, tornando a capacitação ineficiente.

## 2- Baixa Adesão dos Protocolos/Informações de dados a serem colhidos

O processo ensino-aprendizagem se desenvolve com base em trocas entre os sujeitos envolvidos: quem aprende e quem ensina estão intimamente integrados num processo de partilha de conhecimentos, vivências e sentimentos, pautados pela comunicação entre estes pares. Este não se faz somente pela transferência de conteúdos técnicos, normas e protocolos. Deve-se levar em conta as experiências vivenciadas pelos indivíduos e sua bagagem profissional e pessoal (ZANI, NOGUEIRA, 2006). Essas afirmações são fundamentais, considerando-se tratar-se de qualificar pessoas que já trazem consigo uma bagagem composta pelo conhecimento técnico e fortemente influenciada por experiências vivenciadas em seu cotidiano, permeadas de valores, atitudes e significações pessoais, que podem ou não estar consoantes com aquilo que se propõe como ideal em atitudes a serem tomadas no trabalho e no desempenho da assistência prestada. Por isso, a atualização técnico-científica dos trabalhadores é uma das estratégias de qualificação das práticas profissionais. Qualificá-las passa pela reflexão crítica sobre o trabalho, permitindo a sua transformação e a reorganização dos processos de trabalho, por meio da problematização das experiências, permeadas por aspectos que vão além de habilidades técnicas e conhecimento, passando pela subjetividade e por relações estruturadas entre as pessoas envolvidas nos processos de atenção à saúde (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Diante do exposto entende-se que quanto mais se discute junto aos profissionais os protocolos e com os mesmos tendo a chance de fazer as colocações pertinentes, mais possibilidade de adesão a esses.

## 3- Falta de instruções claras e específicas para cada dado a ser colhido

Segundo Bocatto, 2012, o desenvolvimento de sistemas de vigilância implica o acesso à elevada gama de informações, especialmente as relativas à morbidade, à mortalidade, à estrutura demográfica,



ao estado imunitário e nutricional da população, à situação socioeconômica e ao saneamento ambiental. Por isso deve trabalhar de forma integrada e harmônica com todas as Unidades de Atendimento à Saúde – também intersetorialmente, mantendo como princípios norteadores:

- ✓ Manutenção da qualidade na coleta de dados;
- ✓ Consolidação desses dados em informações fidedignas;
- ✓ Ampla disseminação dessas referidas informações a todos aqueles que as geraram e que delas necessitam tomar conhecimento.

Para Graciano et al., 2009, a coleta de dados é deficiente e a formulação de diagnóstico de saúde é baseada nos dados do sistema de informação de saúde. A coleta de dados é uma etapa deficiente no processo e existem fatores que acabam resultando na baixa qualidade de informação gerada, sendo ele o preenchimento de vários formulários, desinteresse, falta de capacitação de vários profissionais de saúde, diversas informações existentes no sistema e resistência de alguns profissionais de utilizar o computador.

#### 4- Coordenação técnica/administrativa ineficaz

A transferência progressiva de responsabilidades e funções para o nível municipal do SUS encontrou, na grande maioria das vezes, o gestor municipal – secretarias e departamentos de saúde – completamente despreparado para essa tarefa. Outra realidade não seria de esperar, tendo em vista a forma histórica de organização destas instituições e sua participação no conjunto da assistência

[...] Em geral, o município encarregava-se de funções periféricas dentro do sistema público de assistência à saúde, gerindo uma rede de unidades de saúde de cuidados básicos que era articulada com outras unidades ambulatoriais mais complexas, unidades de apoio diagnóstico e terapêutica e a rede hospitalar, nas ações coletivas, o papel municipal era incipiente e historicamente limitado às ações de vacinação. (MAGALHÃES, 2001).

Neste contexto o gerente atua como um mero chefe de pessoal, se atendo a atividades exclusivamente de ordem burocrática, exercendo um papel controlador e centralizador, sua visão é limitada e predominantemente voltada para o intramuros. (ANDRÉ E CIAMPONE, 2007)

Em conseqüência da falta de planejamento e adequação dos meios e instrumentos necessários, não é raro o seu fracasso por motivos perfeitamente evitáveis. O desafio de vencer esta contradição da área de saúde – projetos brilhantes x estrutura precária – é que reveste o setor administrativo ou de recursos logísticos de um caráter estratégico na gestão de um sistema ou serviço de saúde. Isto, que parece lógico e tranquilo na teoria, não é o que acontece na maioria das cidades, trazendo um enorme

prejuízo às gestões e um significativo desperdício de tempo gerencial e político dos dirigentes”. (MAGALHÃES, 2001)

Conforme André e Ciampone (2007), como representante da autoridade política, o gestor, ao assumir o comando de uma organização pública, com suas distintas finalidades e atreladas ao sistema político, deve ter a clareza que a lógica que prevalece é a lógica da permanência no poder. Por decorrência, os objetivos e metas, na organização pública, espelham as escolhas políticas, nem sempre explícitas e claras, o que torna o processo decisório, no âmbito local, ainda mais complexo e centralizado.

Continua Magalhães (2001), a idéia de sistema deve estar presente na proposta de organização da área administrativa. Todas as áreas e meios (jurídico, planejamento, orçamento, execução financeira, materiais, gerência de contratos, serviços gerais, manutenção e transporte) e as áreas-fim (técnicas) devem estar entrosados e funcionar como uma engrenagem lubrificada, de forma a fazer girar sem problemas a ‘roda’ dos serviços. Esta integração deve acontecer no cotidiano e fazer parte das preocupações constantes dos gestores. Desta forma, evita-se a perda de energia com questões menores e de caráter interno ao funcionamento das organizações.

Isso explica a descontinuidade de programas quando ocorrem mudanças de dirigentes, até dentro do mesmo governo. (ANDRÉ E CIAMPONE, 2007). É fundamental o entrosamento desde a fase do planejamento global do sistema de saúde até as programações setoriais e locais, para evitar o descompasso tão comum entre o político, o técnico e a infra-estrutura. Portanto, desde o primeiro momento de uma gestão, é necessário dimensionar cuidadosamente a infraestrutura necessária, seja no próprio órgão gestor do SUS ou fazendo-se gestões e estabelecendo um bom relacionamento com os demais órgãos da administração municipal. (MAGALHÃES, 2001)

O gestor local enfrenta o desafio de responder aos anseios da comunidade utilizando-se dos recursos disponíveis; dessa maneira, faz-se imprescindível que disponha de um arcabouço de conhecimentos, habilidades e atitudes, a fim de poder otimizar e maximizar tais recursos, realizando parcerias, negociando propostas e trabalhando com a equipe e a comunidade num exercício de “empoderamento” para a cidadania. (ANDRÉ E CIAMPONE 2007)

Contextualizando com o nó crítico encontrado, a gestão técnica e administrativa ineficaz, apresenta como causa e consequência as situações e problemáticas apontas no referencial: perfil controlador e centralizador, o baixo entrosamento com as demais áreas e meios, as escolhas políticas, nem sempre explícitas e claras, aliadas aos conhecimentos, habilidades e atitudes administrativas insuficientes, são de maneiras isoladas ou agrupadas o consenso em que a equipe chegou durante a elaboração do projeto aplicativo.

Desde o início da década de 90 o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido, tendo como objetivo a coleta e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal, além

disso, o sistema deveria ser utilizado como a principal fonte de informação para estudar a história natural de um agravo ou doença e estimar a sua magnitude como problema de saúde na população, detectar surtos ou epidemias, bem como elaborar hipóteses epidemiológicas a serem testadas em ensaios específicos. (BRITO 1993)

Segundo Cavalcante, Silva e Ferreira (2011) na saúde as informações são frequentemente subutilizadas e se perdem, dificultando a avaliação de dados fidedignos. Traz em seu contexto a necessidade de realizar capacitações contínuas para os profissionais de saúde, com isso terá a melhora das informações de vigilância em saúde.

#### 4 GESTÃO DO PLANO

As propostas sugeridas pelo Grupo foram, de sensibilizar os coordenadores dos setores envolvidos sobre a importância, necessidade da coleta fidedigna de dados, criação de POPs para as notificações no Sistema de Informação (SINAN) e organização, desenvolvimento e capacitação das equipes de saúde.

Para que o Plano de Ação seja realizado, é importante analisar sua viabilidade. Para isto, avaliou-se a motivação em relação aos interesses e valores dos atores sociais sobre as ações:

- ✓ Sensibilização dos coordenadores envolvidos sobre a importância e necessidade da coleta fidedigna de dados;
- ✓ Criação de POPs;
- ✓ Capacitação das equipes.

Os coordenadores da Vigilância em Saúde, Educação Continuada e Gestor da Secretaria de Saúde demonstram interesse positivo com alto valor para 3 ações. Já em análise de interesse dos coordenadores dos demais setores, percebe-se que tanto a positividade, como os valores variam entre positivo, negativo, nulo a alto.

Dentro da evolução do grupo na atividade, foi discutido sobre as necessidades, dificuldades, falhas encontradas no processo de coleta dados para análise e disseminação da informação em todos os municípios envolvidos.

Assim, analisando a viabilidade da implantação do projeto aplicativo, ficou definido o município de Santo Antonio de Posse como “município piloto”, por contarmos com a presença do gestor do município e coordenadora da Vigilância Epidemiológica no grupo.

Vale lembrar que este projeto pode ter aplicabilidade em qualquer município da região e país e que ser realizado sensibilização com o intuito de transformação.

Pensando na disponibilidade de tempo a equipe concordou com a aplicação do projeto para o ano de 2018 e para isso foi apontado que seria viável a criação de uma comissão formada durante a reunião de sensibilização, liderada pela coordenadora da vigilância epidemiológica e o coordenador da educação permanente do município.

Ao detalhar, definiu-se que os coordenadores do projeto em uma primeira reunião com os representantes dos diversos setores de serviço de saúde como: Estratégia da Saúde da Família (ESFs), Pronto Atendimento (PA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório de Especialidades, Centro Odontológico, Centro de Reabilitação, Vigilância Sanitária (VISA) e Vigilância Epidemiológica(PA) formarão uma comissão de planejamento de ações.

Foi montado um cronograma iniciando com o estabelecimento dos componentes, que serão denominados de coordenadores, do Grupo de Acompanhamento do Projeto Aplicativo que foi determinado

para este Projeto o número de 21 profissionais. Após estabelecido os coordenadores será realizado reunião para a sensibilização dos mesmos para a importância e a necessidade da coleta fidedigna de dados.

Um terceiro momento será para elaborar o material que será utilizado para a próxima etapa que é a sensibilização das equipes de coordenadores e estes irão elaborar um Procedimento Operacional Padrão. Após este período serão elaboradas e realizadas as capacitações com as equipes envolvidas.

A monitorização das ações realizadas serão realizadas desde o início da elaboração até completar um ano de acordo com o quadro na Figura 3.

Para que haja viabilidade do Projeto será realizada uma planilha orçamentária identificando cada ação a ser realizada e sua respectiva despesas de custeio, despesas de investimento conforme Figura 4.

Os encontros periódicos e as ações serão definidos pela equipe gestora conforme cronograma estabelecido neste projeto. Para esta capacitação é necessária uma sala de reunião com capacidade para acomodar o número de pessoas envolvidas, equipamentos como: datashow, flip chart, sistema de som, material de papelaria, coffee break e transporte se necessário.

Seguindo a programação descrevemos também como será o conteúdo programático da capacitação realizadas com cada equipe.

Segue abaixo a programação:

Figura 3

Figura 4

CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO - 2018													
N	AÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABRIL	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	PLANILHA ORÇAMENTÁRIA 2018												
2	AÇÃO	DATA INICIAL		DATA FINAL		DESPESAS DE CUSTEIO		DESPESAS DE INVESTIMENTO		TOTAL			
3	Estabelecer os 21 componentes do grupo de acompanhamento do PA				02/jan		03/jan						
4	Sensibilizar os coordenadores dos setores envolvidos sobre a importância e necessidade da coleta fidedigna de dados												
5	Elaborar POP's												
6	Elaborar material para sensibilização das equipes de coordenadores												
7	Capacitar as equipes de coordenadores												
8	Monitorar as ações realizadas												
	Sensibilizar as equipes pelos coordenadores com avaliação				15/jan		28/fev						
	Elaborar POP's				15/jan		16/mar						
	Elaborar capacitação das equipes de saúde				19/mar		30/mar						
	Capacitar as equipes				02/abr		20/abr						
	Monitorar as ações realizadas				04/jan		31/dez						
	* Essa Planilha será alimentada durante a realização do projeto												

## **Conteúdo programático**

### Primeiro encontro

- 1- 8:00h as 8:45h - Apresentação do projeto, dos facilitadores e do grupo
- 2- Sugestão: dinâmica de integração denominada Batata Quente que promove a relação interpessoal é um melhor aproveitamento
- 3- 8:45h as 9:00h - Contratualização: Horários de intervalos, tolerâncias e construção de pactos do grupo.
- 4- 9:00h as 10:00h – Apresentação da rotina dos serviços de saúde:
- 5- Dividir em grupos por serviços (AB, Especialidade, Saúde mental, Hospitais, Reabilitação, Vigilância, CEO) solicitando que cada grupo descreva em folha de Flip Chart as atribuições de outro serviço. 20'
- 6- Os mesmos grupos agora devem descrever suas próprias atribuições.
- 7- 10:00h as 10:15h – intervalo
- 8- 10:15h as 11:00h - apresentação dos trabalhos por grupo e confronto entre os resultados.  
Objetivo: Provocar uma análise do pré julgamento dos serviços, entendendo a importância e a realidade de cada um.
- 9- 11:00h as 11:45h - Importância dos sistemas de informação e Saúde com enfoque na vigilância epidemiológica.
- 10- 11:45h as 12:00h - Avaliação do encontro.

### Segundo encontro

- 1- 8:00h as 9:00h – dinâmica de impacto para sensibilizar a importância da comunicação e informação
- 2- 9:00h as 10:00h - Estudo de caso:
- 3- Elaborar um caso com detalhes de sinais e sintomas data de início de sintomas, locais de passagem da pessoa. Baseado numa ficha de notificação de um determinado agravo e Outro caso sem os detalhes da ficha -
- 4- Elaborar um estudo de caso baseada numa ficha de notificação de determinado agravo de saúde, com descrição de todos os itens da ficha. Em outro estudo deixar faltando várias informações para se preencher a ficha do agravo escolhido.
- 5- Na sala dividir os participantes em grupos heterogêneos de 4 a 6 pessoas e distribuir para cada grupo um estudo de caso dos dois planejados

- 6- Numa mesa deixar disponível várias fichas de notificação de agravos contendo entre elas as fichas corretas do estudo planejado.
- 7- Solicitar que o grupo diante do caso faça uma suspeita, preencha a ficha completa e aponte as ações de vigilância do caso.
- 8- 10:00h as 10:30h - intervalo
- 9- 10:30h as 11:45- h Apresentação dos grupos e discussão sobre a falha na coleta disseminação e análise da informação.
- 10- 11:45h as 12:00h Avaliação do encontro.

### Terceiro encontro

- 1- 8:00h as 10:00h Apresentação do POP
- 2- 10:15h as 10:30h intervalo
- 3- 10:30h as 11:30h discussão por grupos
- 4- 11:30h as 12:00h avaliação final

Os encontros periódicos e as ações serão definidos pela equipe gestora conforme cronograma estabelecido neste projeto. É necessário para esta capacitação, uma sala de reunião com capacidade para acomodar o número de pessoas envolvidas, equipamentos como: datashow, flip chart, sistema de som, material de papelaria, coffee break e transporte se necessário.

Para o monitoramento da atividade foi montado a Matriz de Monitoramento do Plano identificando a ação da situação, resultados, dificuldades e as novas ações ou ajustes necessários conforme descrito na Figura 3.

O sistema de monitoramento e indicador do mesmo serão baseados no:

- Número de participantes capacitados a partir da lista de presença;
- Percentual de Notificações recebidas com preenchimento completo e correto para alimentação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN),;
- Alcance das metas pactuados no Sistema online utilizado para o registro da pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de Saúde (SISPACTO) dos seguintes indicadores:
  - ✓ 05 - proporção de casos de doença de notificação compulsória imediata) DNCI, encerradas em até 60 dias após notificação no SINAN;
  - ✓ 06 - proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes;
  - ✓ 08 - número de casos novos de sífilis congênita em menores de 01 ano de idade.;

- ✓ 09 - número de casos novos de Aids em menores de 05 anos;
- ✓ 23 - proporção de preenchimento do campo “ocupação” nas notificações de agravos relacionados ao trabalho..

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que o projeto aplicativo promova a sensibilização e responsabilização dos coordenadores de setores e equipes de saúde, afim de realizar uma transformação no processo de trabalho a nível local que apoie diretamente os sistemas de informação, contribuindo para uma avaliação do perfil epidemiológico do município, facilitar e garantir a melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ressaltamos a importancia da devolutiva para as equipes de saúde do resultado da coleta dos dados e as ações desenvolvidas a partir destes, para a demonstração da relevância dos indicadores para o histórico da situação epidemiológica do municipio e assim mantê-los motivados/envolvidos na continuidade do processo de padronização destas informações.

Com a demonstração da importância da coleta de dados para análise e disseminação da informação, promoverá a socialização dos protocolos e instruções já existentes, fortalecendo a integração intersetorial.

## REFERÊNCIAS

ANDRÉ, A.M; CIAMPONE, M.H.T. **Desafios para a gestão de unidades básicas de saúde**. RAS.vol.9, n34, pag16-21,Jan-Mar. 2007.

BOCATTO, M. **Vigilância em Saúde/ Conceitos**. UNA-SUS UNIFESP – Unidade 11. 2012

BRASIL. Lei Número 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília; DF.1990. Disponível em: <[https://planalto.gov.br/ccvil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://planalto.gov.br/ccvil_03/LEIS/L8080.htm)>. Acesso em 20 de outubro de 2017

BRITO L.S.F. **Sistema de informações de agravos de notificação - Sinan**. In: Fundação Nacional de Saúde. Anais do Seminário de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 1993. P.145-146.

CAVALCANTE R.B, SILVA P.C, FERREIRA M.N. **Sistema de informação em saúde: possibilidades e desafios**. Rev. Enf.. UFSM, v.01, n.2, p.290-299, 2011.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis, v.14, n.1, p.41-65, 2004.



CURY, Antonio. **Organização e Métodos: Uma Holística**. São paulo: Atlas 2008.

FRANCO, T.B. **Produção do cuidado e produção pedagógica**: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*, v. 11, n. 23, p. 427-438, 2007.

GRACIANO, M.M.C.; ARAÚJO E.W.; NOGUEIRA, D.A.. **Sistema de Informação em Saúde e atuação do profissional médico**. *Rev. Méd. de MG, América do Norte*, v. 19, n. 3, p198-205, 2009.

LAST, J.M. **Um dicionário da Epidemiologia**. 2 edição Lisboa: Departamento de Estudos e Planejamento da Saúde, 1995.

MAGALHÃES, H.M.J. **Administração na Área de Saúde: Uma Perspectiva para Gestores Municipais: Administração de Material, Patrimônio e Serviços do SUS Municipal. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 02, p. 17-23, jan. 2001.

SILVA J.A.M., OGATA M.N., MACHADO M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 389 - 401, 2007. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a08.htm>. Acessado em: 04/09/2017

SOUSA S.P.O. et al. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina, estado do Piauí, Brasil – 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.21 n.3 Brasília set.2012. Disponível em [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000300012](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000300012). Acessado em: 04/09/2017

ZANI, A.V.; NOGUEIRA, M.S. Incidentes críticos do processo ensino-aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 14, n.5, p.742-8, 2006.