



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção de Recursos Humanos
Departamento de Formação

Manual de Formação Para Técnicos de Medicina Geral

5º. Semestre Gestão e Administração III



FICHA TÉCNICA

O presente Manual faz parte do currículo de formação inicial do Técnico de Medicina Geral (TMG), baseado em competências, que consiste em 5 semestres de formação clínica, compostos por 36 disciplinas, leccionadas de forma linear e modular com actividades na sala de aula, laboratório humanístico e multidisciplinar e estágio clínico.

O Programa de Formação inicial do TMG é fruto da colaboração do I-TECH (International Training and Education Center for Health), uma colaboração entre a Universidade de Washington e a Universidade da Califórnia em São Francisco, com o MISAU (Ministério de Saúde de Moçambique), para melhorar as capacidades clínicas do TMG no diagnóstico e tratamento das principais doenças, incluindo as relacionadas ao HIV/SIDA, contribuindo desta forma para a melhoria da saúde da população moçambicana.

Copyright 2012

©2012 Ministério da Saúde

Esta publicação foi realizada com o financiamento do Acordo de Cooperação U91H06801 do Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos EUA, a Administração dos Recursos e Serviços de Saúde (HRSA), no âmbito do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA (PEPFAR). Foi desenvolvido em colaboração com o Ministério da Saúde de Moçambique e com o Centro de Prevenção e Controlo de Doenças dos EUA (CDC). O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não representa necessariamente a opinião do CDC ou HRSA.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, Distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Direcção de Recursos Humanos

Departamento de Formação

Repartição de Planificação e Desenvolvimento Curricular (RPDC)

Av. Eduardo Mondlane, 4º andar

Maputo-MZ

Coordenação

Maria Fernanda Alexandre (I-TECH)

Ana Bela Amude (I-TECH)

Carlos Norberto Bambo (DRH-Departamento de Formação)

Suraia Mussa Nanlá (DRH-Departamento de Formação)

Christopher Pupp (I-TECH)

Marzio Stefanutto (I-TECH)

Elaboradores de Conteúdo:

Bento Jamal

Jorge Arroz

Nidze Guiloviça

Revisores Clínicos:

Revisores Técnica:

Cecilia Cande

Revisores Pedagógicos:

Ana Bela Amude

Christopher Pupp

Estela Tayob Lagrosse da
Fonseca

Formatação e Edição:

Ana Bela Amude

António Paunde Júnior

PREFÁCIO

Exmos Senhores

Professores e Estudantes dos Cursos de Técnicos de Medicina Geral

Um dos grandes desafios que o Ministério da Saúde (MISAU) enfrenta é o número insuficiente de profissionais de saúde qualificados para a provisão de cuidados de saúde, em resposta às principais necessidades da população moçambicana. É neste contexto que a Direcção dos Recursos Humanos do MISAU tem vindo a conduzir reformas para adequar os diferentes currículos, para modalidades baseadas em competências, como forma de trazer ao Sistema Nacional de Saúde, profissionais com conhecimentos e habilidades para cuidar do paciente.

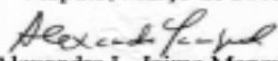
Este manual que vos é entregue, apresenta conteúdos necessários para que o futuro técnico adquira as competências básicas de prestação de cuidados de saúde primários e secundários, de qualidade, ao paciente em ambulatório e em regime de internamento na Unidade Sanitária do Serviço Nacional de Saúde.

Este manual é um instrumento de apoio aos docentes, na preparação das aulas que se destinam à formação de Técnicos de Medicina Geral (TMG) e visa desenvolver nestes profissionais, conhecimentos, atitudes e práticas necessárias à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em conformidade com o perfil profissional de TMG, estabelecido pelo MISAU. O manual resultou da reestruturação do anterior currículo de TMG para um currículo baseado em competências. Este, integra, entre outros aspectos, o plano analítico, os objectivos e conteúdos das aulas teórico-práticas, algumas sugestões pedagógico-didáticas, instruções para a facilitação das aulas de laboratório humanístico, multidisciplinar e sala de informática. Para o aluno, este manual é um instrumento de estudo e de consulta para a aquisição de conhecimentos, habilidades técnicas e atitudes que lhe permitirão, uma vez formado, prestar um atendimento de qualidade ao paciente e consequentemente, melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados em Moçambique, tanto no que diz respeito à prevenção, como à provisão de cuidados e tratamento, incluindo o aconselhamento sobre as doenças mais frequentes no país.

Assim, esperamos que o presente manual sirva de suporte para o alcance dos objectivos da disciplina por um lado e por outro como fonte de suporte donde o docente e o aluno possam buscar o fortalecimento de conhecimentos, garantia de uma dinâmica uniformizada tanto na transmissão como na assimilação da matéria. No entanto, docente e aluno devem procurar outras fontes bibliográficas para aprofundar e enriquecer os conhecimentos aqui contidos.

O manual foi escrito numa linguagem simples e acessível, para que seja de fácil compreensão para docentes e alunos das instituições moçambicanas de formação em Saúde.

Maputo, Março de 2013


Alexandre L. Jaime Manguela
Ministro da Saúde

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA	2
PREFÁCIO.....	4
ÍNDICE.....	6
PLANO ANALÍTICO	7
Introdução a Supervisão da US Periférica	12
Supervisão Rápida / Preventiva-Parte 1.....	20
Supervisão Rápida / Preventiva - Parte 2	26
Supervisão Rápida / Preventiva-Parte 3.....	35
Supervisão Regular/Construtiva	47
Sistema de Informação de Saúde – Parte 1	56
Sistema de Informação de Saúde – Parte 2	62
Sistema de Informação de Saúde – Parte 3	71
Sistema de Informação de Saúde – Parte 4	81
SIS na Sala de Informática - Parte 1	92
SIS na Sala de Informática – Parte 2.....	96
SIS na Sala de Informática – Parte 3.....	106

Plano Analítico

NOME DA DISCIPLINA: **Disciplina de Gestão e Administração III**

DURAÇÃO DA DISCIPLINA: **Uma semana**

NÚMERO DE HORAS POR SEMANA: **27 horas**

NÚMERO TOTAL DE HORAS: **30 horas**

NOME E CONTACTO DO COORDENADOR DA DISCIPLINA:

NOMES E CONTACTOS DOS DOCENTES DA DISCIPLINA:

COMPETÊNCIAS A SEREM ADQUIRIDAS ATÉ O FINAL DA DISCIPLINA:

O Técnico de Medicina será capaz de realizar as seguintes tarefas:

1. Supervisionar Unidades Sanitárias periféricas, incluindo:
 - a. Supervisionar as actividades clínicas;
 - b. Verificar o preenchimento correcto da documentação clínica;
 - c. Verificar a qualidade das prescrições;
 - d. Verificar o funcionamento dos sistemas administrativos;
 - e. Resolver problemas logísticos da US;
 - f. Desenvolver as relações comunitárias.
2. Administrar o Sistema de Informações de Saúde (SIS), incluindo:
 - a. Preencher registos que alimentam o “Pacote Básico” do SIS;
 - b. Arquivar processos e fichas que alimentam o SIS;
 - c. Preencher os impressos do “Pacote Básico” do SIS;
 - d. Treinar e supervisionar os quadros de saúde no preenchimento dos livros de registo e impressos da sua área;
 - e. Utilizar o Pacote Básico do SIS para lançar dados e produzir os relatórios relevantes;
 - f. Interpretar e explicar os relatórios e gráficos do pacote básico aos colegas;
 - g. Facilitar a reunião do núcleo de planificação estatística da US onde trabalha;
 - h. Elaborar relatórios estatísticos descritivos semestralmente e anualmente para apresentação a outros níveis hierárquicos.

DESCRIÇÃO DA DISCIPLINA:

A Disciplina de Gestão e Administração III estuda os aspectos relacionados a supervisão as Unidades Sanitárias Periféricas, concretamente os Centros de Saúde Rurais Tipo II, tanto aqueles ligados a prestação de serviços curativos e preventivos, como aqueles ligados a organização administrativa e ligação com a comunidade local.

O Centro de Saúde Rural Tipo II é a mais pequena unidade sanitária que dispensa Cuidados de Saúde Primários em meio rural, que destina-se a servir populações, da sua zona de influência directa, compreendidas entre 7.500 à 20.000 habitantes.

A supervisão é uma actividade administrativa, enquadrada no processo de monitorização, controlo e avaliação das actividades, com o objectivo de apoiar os profissionais de saúde a melhorarem o seu desempenho e consequentemente a prestação de serviço as comunidades.

Ainda nesta disciplina será abordada o Sistema de Informação para a Saúde (SIS). O SIS é um conjunto de instrumentos, normas e actividades relacionados entre si e que produz informação útil e de forma sistemática de todas as Unidades Sanitárias, para a tomada de decisões na área de saúde.

Em suma, nesta disciplina o Técnico de Medicina será dotado de conhecimentos para a utilização tanto da supervisão e apoio técnico as unidades sanitárias periféricas, assim como do SIS, como instrumentos indispensáveis e constantes de monitorização e avaliação dos programas e dos serviços de saúde, com o objectivo de contribuir para a melhoria do processo de gestão e dos indicadores de saúde.

Data / Hora	Número da aula	Tópicos e Conteúdos	Duração da Aula (h)	Tipo de aula
	1	Supervisão (Gestão) da US Periférica: - Introdução a Supervisão da US Periférica	2	Teórica
	2	Supervisão (Gestão) da US Periférica: - Supervisão Rápida / Preventiva-Parte 1	2	Teórica
	3	Supervisão (Gestão) da US Periférica: - Supervisão Rápida / Preventiva - Parte 2	2	Teórica
	4	Supervisão (Gestão) da US Periférica: - Supervisão Rápida / Preventiva-Parte 3	3	Teórica
	5	Supervisão (Gestão) da US Periférica: - Supervisão Regular/Construtiva	2	Teórica
	Avaliação		1	Teórica
	6	Sistema de Informação de Saúde: - Sistema de Informação de Saúde – Parte 1	1	Teórica
	7	Sistema de Informação de Saúde: - Sistema de Informação de Saúde – Parte 2	2	Teórica
	8	Sistema de Informação de Saúde: - Sistema de Informação de Saúde – Parte 3	2	Teórica
	9	Sistema de Informação de Saúde: - Sistema de Informação de Saúde – Parte 4	2	Teórica
	10	Sistema de Informação de Saúde: - SIS na Sala de Informática - Parte 1	6	Prática
	11	Sistema de Informação de Saúde: - SIS na Sala de Informática – Parte 2	5	Prática
	12	Sistema de Informação de Saúde: - SIS na Sala de Informática – Parte 3	5	Prática
	Avaliação		1	Teórica
TOTAL			36	horas

BIBLIOGRAFIA

A. Texto principal da disciplina

1. MISAU, AMREF, UNICEF (2003) Guião para o Gestor Distrital de Saúde: Módulo 6, Gestão das Unidades Sanitárias Periféricas, Ministério de Saúde, Direcção Nacional de Recursos Humanos, Departamento de Formação. Maputo
2. Scuccato, R., Leopoldo da Costa, J, Mendes L. Guião para supervisão de Centros De Saúde: Manual de utilização. MISAU - Direcção dos Recursos Humanos – Departamento de Formação; 1997.
3. Ministério de Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Recursos Humanos, Departamento de Formação. Guião para o gestor distrital de saúde, 2003.
1. MISAU – Direcção Provincial de Saúde de Cabo Delgado, Programa de Melhoria de Qualidade, Caderno Anual de Supervisão
4. Direcção Provincial de Saúde da Zambézia, Guião do Supervisor, 1998
5. Ministério da Saúde, A Supervisão do Pessoal de Saúde a nível distrital, 1988
6. MISAU, O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E SEU PAPEL NA GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE, ABRIL DE 2004
7. MISAU, PLANO ESTRATÉGICO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE 2009 – 2014
8. Manual Teórico do Curso de Sistemas de Informação Distrital HISP, versão 2”, Maputo, 2003
9. Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde”, Roberto Gnesotto e António Sitói, MISAU, DPC, Maputo, 1990;
10. O Sistema de Informação para a Saúde” – Texto de Formação, António V. Sitói, MISAU, DPC, Maputo, 1997;
11. Carlos Arnaldo, Apontamentos de Demografia e Saúde
12. MISAU, INSIDA 2009
13. MISAU, RVE 2007
14. MISAU, Guião para o Gestor Distrital de Saúde: Gestão de Programas de Saúde, módulo 4, 2003
15. MISAU, Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para Saúde, 1991
16. http://redhum.org/archivos_cluster/pdf/ID_320_UD_Redhum-Global-Folleto-Como_facilitar_reuniones_-_Separata-20080429.pdf

B. Livros de Referência para a disciplina

C. Leituras para o docente aprofundar no tópico

D. Leituras adicionais para o aluno (se necessário)

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração III	Nº da Aula	1
Tópico	Supervisão (Gestão) da US Periférica	Tipo	Teórica
Conteúdos	Introdução a Supervisão da US Periférica	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar o objectivo da supervisão da US periférica.
2. Listar os elementos chave da equipa de supervisão ao nível distrital.
3. Explicar e contrastar o papel do Director Distrital e do Director Clínico, em relação à US periférica.
4. Explicar de forma geral, o papel dos outros membros da equipa de supervisão.
5. Listar os requisitos para uma supervisão efectiva.
6. Listar e comparar os diferentes tipos de visitas de supervisão:
 - a. Supervisão Rápida / Preventiva;
 - b. Supervisão regular / Construtiva;
 - c. Visita de seguimento ou correctiva (para resolver um problema específico)
7. Listar a frequência de visitas à US, recomendada pelo SNS.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Disciplina		
2	Introdução à Aula		
3	Supervisão da US Periférica – Introdução		
4	Diferentes Tipos de Visitas de Supervisão		
5	Pontos-Chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

1. MISAU, AMREF, UNICEF (2003) Guião para o Gestor Distrital de Saúde: Módulo 6, Gestão das Unidades Sanitárias Periféricas, Ministério de Saúde, Direcção Nacional de Recursos Humanos, Departamento de Formação. Maputo
2. Direcção Provincial de Saúde da Zambézia, Guião do Supervisor, 1998
3. Ministério da Saúde, A Supervisão do Pessoal de Saúde a nível distrital, 1988
4. Scuccato, R., Leopoldo da Costa, J, Mendes L. Guião para supervisão de Centros De Saúde: Manual de utilização. MISAU - Direcção dos Recursos Humanos – Departamento de Formação; 1997
5. MISAU – Direcção Provincial de Saúde de Cabo Delgado, Programa de Melhoria de Qualidade, Caderno Anual de Supervisão

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À DISCIPLINA

- 1.1 Apresentação do docente
- 1.2 Apresentação dos alunos
- 1.3 Introdução breve da disciplina, incluindo a importância para os Técnicos de Medicina
- 1.4 Apresentação do plano temático e analítico: tópicos, conteúdos e laboratórios
- 1.5 Apresentação da estrutura da disciplina incluindo o cronograma e inter-relações com outras disciplinas teóricas.
- 1.6 Explicar o que se espera dos alunos para esta disciplina e os métodos de avaliação

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À AULA

- 2.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 2.2 Apresentação da estrutura da aula
- 2.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 3: SUPERVISÃO DA UNIDADE SANITÁRIA PERIFÉRICA - INTRODUÇÃO

Nesta aula e nas seguintes será descrita a supervisão das Unidades Sanitárias Periféricas (USP), para tal importa descrever alguns conceitos:

3.1 Generalidades

Em termos gerais, a **supervisão** é a acção de supervisionar, isto é, fazer a verificação de um trabalho ou de uma tarefa realizado/a por outra pessoa.

Supervisão no sistema nacional de saúde consiste:

- Numa actividade planificada e desenvolvida para monitorizar as mudanças no funcionamento de um sistema, como por exemplo: programas de saúde, sectores da unidade sanitária (laboratório, banco de socorros, enfermarias).
- Num conjunto de ações e medidas que têm a finalidade de promover o aperfeiçoamento contínuo no desempenho das actividades dos trabalhadores de saúde.

Princípios básicos sobre supervisão das unidades sanitárias periféricas

Os princípios básicos sobre a supervisão das USP, não são diferentes dos princípios gerais de qualquer supervisão. São listados abaixo:

- A supervisão é uma das actividades administrativas prioritárias, pois oferece ao gestor a oportunidade de interagir com os trabalhadores e de auscultá-los;
- A supervisão engloba apoio e controle. Deve também servir como uma oportunidade de Formação Contínua (transmissão de conselhos, orientações, ensino);
- A visita de supervisão, deve ser usada para construir a capacidade do Responsável da US aos olhos da comunidade e dos trabalhadores. O responsável deve ser capaz de trabalhar melhor depois da visita, do que antes da visita;
- O chefe do Responsável da USP é o Director Distrital. O médico chefe provincial/director Clínico, o responsável pelo programa de saúde da comunidade, o administrador, o Chefe do NEPC (núcleo de estatística planificação e cooperação) e todos outros membros do Consultivo distrital, ajudam-no a realizar a supervisão;
- As visitas de supervisão podem ser ordinárias (idealmente a cada 2 meses) ou extra-ordinárias (não obedecem a um calendário específico);

- Dependendo das necessidades, as USPs podem receber um número de supervisões superior às planificadas, ou supervisões específicas (ex: responsável de saúde da comunidade e médico chefe distrital num distrito com surtos frequentes de cólera);
- A supervisão deve ser feita por um técnico mais capacitado, visto que implica transmissão de conhecimentos e de recomendações;
- Quando feita de acordo com as normas, a supervisão serve de fonte de motivação para os trabalhadores, que devem encará-la como um apoio e um meio para melhorar a sua competência.

3.2. Objectivos da Supervisão:

3.2.1. Objectivo Geral

O objectivo geral da supervisão é o de melhorar o funcionamento dos diversos sectores da U.S e por conseguinte, a qualidade dos serviços prestados aos utentes.

3.2.2. Objectivos específicos

Durante uma supervisão, o supervisor deve em relação ao supervisionado observar:

- A qualidade da execução das tarefas;
- As habilidades técnicas e administrativas;
- As atitudes e comportamentos em relação aos utentes, colegas e subordinados;
- A organização dos recursos disponíveis no local de trabalho;
- A utilização dos recursos: tempo, material de uso corrente, pessoal disponível;
- O cumprimento e a aplicação das recomendações e ensinamentos das supervisões anteriores.

No Sistema Distrital de Saúde requer:

- Conhecimento real das condições de trabalho;
- Análise, avaliação e ajustamento das condições de trabalho em função das traçadas;
- Alteração na gestão financeira, na gestão dos materiais e do pessoal e alteração dos métodos de trabalho para que os recursos sejam melhor utilizados;
- Alterações no comportamento e atitudes dos membros da equipa de saúde para com os utilizadores dos serviços da saúde de modo que estes sejam melhor atendidos;
- Promoção da confiança nos utentes, pelos serviços de saúde, e que os supervisores comportem-se de acordo com as Normas do MISAU, reforçadas pelos membros da equipa de supervisão.
- Identificação de problemas e fornecimento de recomendações ou tomada de medidas para resolver

3.3. O papel do Diretor Distrital e do Médico Chefe Distrital/ Director Clínico, em relação à supervisão da US periférica.

O papel do Director Distrital

Para o Director Distrital e os demais membros do colectivo, a supervisão é uma tarefa obrigatória, e não opcional. O Director é o responsável pelo desempenho dos serviços de saúde (programas de saúde, actividades curativas e preventivas, administrativas, manutenção das infra-estruturas, etc) em todo o Distrito e não só pela Sede Distrital. O DDS:

6. Coordena e planifica com o seu colectivo, as modalidades da supervisão e as actividades a realizar:
 - Com base no relatório do Chefe do NEPC, elabora um calendário de visitas de supervisão,

- por prioridade detalhando as datas das deslocações;
 - Forma uma equipe de supervisores de acordo com as necessidades de cada unidade sanitária, incluindo técnicos administrativos (ex: manutenção, secretaria, transporte) e dos programas de saúde (ex: enfermagem, nutrição, tuberculose);
 - Coordena com o seu colectivo a aplicação dos recursos (financeiros, materiais e humanos) durante a supervisão;
- Quando necessário, organiza e facilita a Formação Contínua para a equipe supervisora;
- Quando necessário, delega tarefas aos membros da equipa para garantir o cumprimento do calendário da supervisão. Caso o DDS não esteja disponível, o seu substituto é o Médico Chefe Distrital (MCD), mas um outro membro do consultivo também pode desempenhar esta actividade. Mesmo na presença do DDS, não é obrigatório que este seja sempre o chefe da equipa, esta tarefa pode ser delegada à um outro técnico de saúde ou ao MCD.
- Reúne com a equipe antes da visita (para aprovar ou acrescentar os objetivos da visita) e imediatamente depois da visita (para ouvir e analisar os resultados).
- Assessorado pelos outros membros da equipa (MCD, NEPC, saúde da comunidade), elabora o relatório da supervisão:
 - Regista os resultados de cada supervisão;
 - Elabora tabelas e gráficos e atualiza-os periodicamente;
 - Interpreta os resultados (incluindo gráficos e tabelas comparativas) para identificar as US prioritárias (especificando as áreas com mais problemas) e as áreas (programas, actividades) fortes e fracas no distrito em geral.

O papel do Médico Chefe Distrital/director clínico US

- O MCD, em coordenação com os Chefes dos Programas Distritais, ajuda na monitorização e avaliação do funcionamento das USs, através da informação constante nos relatórios e estatística;
- Durante a supervisão, o MCD tem o papel de identificar pontos fortes e fracos relacionados às actividades clínicas (ex: consultas externas, farmácia, maternidade, PAV) com vista a dar apoio técnico para o melhoramento;
- Nas consultas externas ou triagem, o MCD observa como as tarefas atribuídas a diferentes categorias profissionais (técnico ou agente de medicina, ESMI) são executadas e sob que condições;
- Verifica se os recursos necessários para o desempenho do pessoal clínico estão disponíveis e se a sua gestão é adequada;
- Identifica os obstáculos para a execução apropriada das actividades clínicas e preventivas (uso do espaço, conhecimentos e atitudes dos trabalhadores, ambiente de trabalho, recursos disponíveis vs necessários, etc);
- Vela pelo desempenho do pessoal clínico (basicamente técnico ou agente de medicina e ESMI) incluindo:
 - Verificar se o responsável clínico (agente ou técnico de medicina) supervisionado faz correctamente a avaliação e manejo (história clínica, exames laboratoriais, diagnóstico, tratamento, recomendações) dos pacientes;
 - Verificar se a ESMI faz correctamente a avaliação e manejo das mulheres grávidas na CPN e das parturientes na maternidade;
 - Verificar se a ESMI faz correctamente a avaliação dos recém-nascidos e se as normas do PAV (programa alargado de vacinação) estão a ser cumpridas;
 - Verificar se o responsável clínico e a ESMI identificam e priorizam os casos graves (incluindo aqueles que requerem transferência);

- Verificar se os outros membros da equipa (agente de serviço, agente de medicina preventiva) desempenham adequadamente as suas actividades com implicações na área clínica e não só.
- Verificar se o responsável clínico, a ESMI e outros membros da equipa utilizam as normas e protocolos recomendados pelo MISAU.

Em resumo, tanto o DDS como MCD têm como principal objectivo no processo de supervisão, a melhoria do desempenho dos profissionais de saúde supervisionados e a planificação de acções futuras com vista a atingir este fim. Para tal, é importante que seja estabelecida uma comunicação eficaz (clara, objectiva, com respeito) entre o supervisor e o supervisionado e que a maior parte do tempo seja usada para a realização de actividades de formação contínua (formação em trabalho). Destes factores, dependerá a receptividade e a implementação futura das recomendações pelo supervisionado.

Para que a supervisão seja efectiva (com objectivos alcançados), ela deve ser:

- **Cooperativa:** todos membros da equipa devem contribuir dando sugestões para melhorar não só na sua área específica, mas também em outras áreas. Ex: o técnico de farmácia pode verificar que a gestão do espaço no gabinete de atendimento é inadequada e apresentar propostas para melhorar a sua gestão;
- **Integrada:** a supervisão deve obedecer às normas do MISAU e deve integrar-se ou adaptar-se às normas e condições de funcionamento da US supervisionada;
- **Abrangente e construtiva:** todos os membros da equipa e os supervisionados devem sentir-se parte importante deste processo e agir (dar orientações, propor soluções para problemas) para a melhoria do desempenho da US. É importante que se envolva também a comunidade e os Agentes Comunitários de Saúde (activistas, matronas, etc);
- **Actuante:** sempre que possível os problemas identificados devem ser resolvidos durante a supervisão;
- **Contínua e sistemática:** a supervisão deve ser contínua e sistemática, para que periodicamente se possa visitar a US, e dar seguimento aos aspectos identificados em visitas anteriores. Esta, é também uma forma de estimular o pessoal supervisionado a cumprir com as recomendações.
- **Flexível:** a supervisão não deve ser rígida (ex: ser sempre feita pela mesma equipa e nas mesmas áreas). Ela deve ser flexível e ser feita de forma a obedecer à necessidades reais de cada US.
- **Científica e Objectiva:** A supervisão deve ser estruturada e mensurável de acordo com o funcionamento da US, para que os seus resultados sejam constantes e tracem recomendações reais para mudanças de modo a torna-lo mais adequado e eficiente.

3.4. O papel dos outros membros da equipa de supervisão

Os 2 elementos chave da equipa de supervisão são o DDS e o MCD. Os restantes membros da equipa de supervisão, são seleccionados de acordo com a planificação (áreas planificadas para serem supervisionadas) e com as necessidades de cada US. Estes têm a função de apoiar ao DDS e ao MCD no processo de supervisão, através da realização de actividades de supervisão nas suas áreas específicas (ex: enfermagem, SMI, farmácia, estatística, administração, finanças) e sempre que necessário em outras áreas. Assim como descrito para o DDS e MCD, a função principal destes profissionais durante o processo de supervisão é realizar tarefas para a melhoria do desempenho do pessoal supervisionado.

4.1. Tipos de Supervisão no Serviço Nacional de Saúde (SNS)

No geral existem 3 tipos de visitas de supervisão executadas pela Direção distrital de saúde nas unidades sanitárias periféricas. São as seguintes:

- Visita de supervisão rápida (também chamada “preventiva”)
- Visita de Supervisão regular (ou Construtiva)
- Visita de seguimento (ou correctiva)

4.1.1. Visita de supervisão rápida/ preventiva

A visita de supervisão rápida é aquela que se realiza quando se pretende fazer uma análise superficial de vários assuntos, dando informação provável. Realiza-se geralmente quando não há tempo suficiente para uma análise profunda. Realiza-se em períodos curtos (1 a 3 horas), geralmente por 2 a 4 supervisores, de acordo com as áreas a serem supervisionadas.

Este tipo de supervisão permite essencialmente:

- Fazer uma análise mais superficial sobre a situação da Unidade Sanitária em geral, dando informação que poderá ser usada para planificação de actividades futuras. Ex: desempenho clínico administrativo da Unidade Sanitária, para determinar as áreas mais fracas e que necessitam de apoio.
- Fazer uma análise detalhada de assuntos específicos e ter dados para planificação, pois dá informação básica para identificar as US e as áreas específicas que precisam de receber uma supervisão profunda. Exemplo: mau funcionamento do equipamento eléctrico (geleira do PAV, estufa, etc) pode indicar dificuldades em manejar este tipo de equipamento por parte do pessoal e permite que se planifique a inclusão do técnico de manutenção na equipa da visita seguinte.

Os princípios para a realização da visita de supervisão rápida, serão descritos na aula seguinte.

4.1.2 Visita de Supervisão regular / Construtiva

A visita de supervisão regular ou construtiva é aquela que se realiza quando se pretende fazer uma análise mais detalhada e completa sobre os vários assuntos da U.S., dando informação definitiva. Realiza-se de forma contínua e sistemática, obedecendo a um calendário pré-estabelecido (idealmente a cada 2 meses) e pode levar dias para cobrir todo distrito.

A equipa supervisora neste tipo de supervisão é mais completa, sendo imperativo que áreas chave (clínica, preventiva, administrativa, estatística) sejam cobertas. Outras áreas poderão ser inclusas de acordo com as necessidades.

Este tipo de visita permite:

- Examinar com detalhe, cada componente da área supervisionada, segundo os padrões do MISAU;
- Controlo de quantidade e qualidade dos serviços prestados na US;
- Que antes da supervisão, se faça uma actividade preparatória diagnóstica sobre a situação da US através do relatório do chefe do NEP que vai ilustrar a evolução da US em termos dos indicadores dos programas;
- Que a Realização das actividades obedeça a um calendário ou plano feito, e que as US sejam previamente informadas.

4.1.3. Visita de seguimento/Correctiva.

A visita de seguimento ou correctiva é a que se realiza após a primeira visita de supervisão rápida ou regular, com objectivo de monitorar a implementação das recomendações da visita anterior, corrigir eventuais erros, e dar soluções para problemas identificados na primeira visita assim como novos. Exemplos de aspectos monitorados nas visitas de seguimento:

- A evolução do desempenho dos funcionários;
- O cumprimento das orientações dadas no relatório da primeira visita;
- A melhoria dos indicadores das actividades que anteriormente foram identificados como pontos fracos;
- Motivação dos funcionários.

BLOCO 5: PONTOS - CHAVE

- 5.1.** A supervisão é um conjunto de acções e medidas que têm a finalidade de promover o aperfeiçoamento contínuo no desempenho das actividades dos trabalhadores da saúde.
- 5.2.** O MCD, em coordenação com os Chefes dos Programas Distritais, ajuda na monitorização e avaliação do funcionamento das USs, através da informação constante nos relatórios e estatística.
- 5.3.** Durante a supervisão o MCD/director clínico tem o papel de identificar pontos fortes e fracos relacionados à prestação de serviços clínicos com vista a dar apoio técnico para o melhoramento.
- 5.4.** A visita de supervisão rápida é aquela que se realiza quando se pretende fazer uma análise superficial de vários assuntos, dando informação provável.
- 5.5.** A visita de supervisão regular ou construtiva é aquela que se realiza quando se pretende fazer uma análise mais detalhada e completa sobre os vários assuntos da U.S., dando informação definitiva.
- 5.6.** A visita de seguimento ou correctiva é a que se realiza após a primeira visita de supervisão rápida ou regular, com objectivo de monitorar a implementação das recomendações da visita anterior, corrigir eventuais erros, e dar soluções para problemas identificados na primeira visita ou para como novos.

Disciplina	Gestão e Administração III	Nº da Aula	2
Tópico	Supervisão (Gestão) da US Periférica	Tipo	Teórica
Conteúdos	Supervisão Rápida / Preventiva-Parte 1	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

- 1 Explicar os objectivos principais de uma supervisão rápida.
- 2 Listar os membros da equipa ideal da supervisão rápida (e indicar as responsabilidades de cada membro).
- 3 Listar o conteúdo do “Kit de Supervisão Rápida” e a preparação necessária para uma supervisão rápida.
- 4 Descrever os passos e as “perguntas chave” que devem ser respondidas no processo de supervisão rápida.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à aula		
2	Como realizar uma supervisão rápida		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

BIBLIOGRAFIA

1. MISAU, AMREF, UNICEF (2003) Guião para o Gestor Distrital de Saúde: Módulo 6, Gestão das Unidades Sanitárias Periféricas, Ministério de Saúde, Direcção Nacional de Recursos Humanos, Departamento de Formação. Maputo.
2. Scuccato, R., Leopoldo da Costa, J, Mendes L. Guião para supervisão de Centros De Saúde: Manual de utilização. MISAU - Direcção dos Recursos Humanos – Departamento de Formação; 1997.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: COMO FAZER UMA SUPERVISÃO RÁPIDA

Na aula 1, foi abordado o tema sobre supervisão das U.S periféricas em geral e foi introduzido o conceito de supervisão rápida, descrita como aquela que se realiza em pouco tempo, quando se pretende fazer uma análise superficial de vários assuntos, dando informação provável.

Nesta aula, serão descritos os princípios que o TMG deve conhecer para saber como fazer uma supervisão rápida.

2.1 Objectivos da supervisão rápida

Os objectivos da supervisão rápida são essencialmente os seguintes:

- **Fazer uma análise superficial sobre o funcionamento geral da Unidade Sanitária;**
- Fazer uma análise detalhada de assuntos específicos relacionados ao funcionamento da US;
- Identificar as US com problemas e as áreas específicas que precisam de receber uma supervisão profunda;
- Colher dados para planificar actividades futuras (ex: supervisão regular, capacitações, aquisição de equipamento, etc).

O principal objectivo da supervisão rápida é fazer uma análise superficial do funcionamento geral da US. Por essa razão, abaixo são descritos os princípios necessários para a sua realização:

2.2. Perguntas chave a ter em conta durante uma supervisão rápida

Para se fazer uma análise superficial sobre o funcionamento geral da Unidade Sanitária, algumas perguntas chave devem ser respondidas pela equipa supervisora. Estas perguntas são úteis porque permitem padronizar o processo e obter o mesmo tipo de informação em US diferentes, facilitando a análise posterior. São as seguintes:

- Como está o desempenho do responsável da US em relação ao desempenho dos outros responsáveis no seu Distrito?
- Qual é a área que a US desempenha melhor? Área clínica, administrativa ou educativa?
- Qual é a área que a US desempenha mal?
- Como está a crescer a qualidade de trabalho da US?
- O responsável sabe como está a funcionar a sua US?
- O responsável consegue elaborar um plano de acção para os próximos três meses?
- Dos membros do Consultivo Distrital, quem deverá realizar a próxima visita de supervisão?
- Existe um problema comum entre esta US e as outras?

Com base nas respostas à estas perguntas, a equipa de supervisores tem bases para fazer uma análise superficial e rápida do funcionamento geral da US, permitindo desta forma a aquisição de informação para

graduar o desempenho da US em relação às outras US do distrito e a planificação de actividades futuras para a melhoria do seu desempenho.

2.3. Constituição e responsabilidade da equipa ideal de supervisão rápida/preventiva

A equipa da supervisão rápida é formada de acordo com o tipo de informação que se busca e com as actividades que são realizadas durante este processo. A equipa padrão para a avaliação do funcionamento geral da US, é constituída pelo DDS (ou substituto) e por técnicos de pelo menos 3 categorias profissionais, a saber:

- Categoria Clínica;
- Categoria Estatística;
- Categoria Administrativa.

Categoria Clínica

A categoria Clínica tem a responsabilidade de fazer a supervisão da área clínica. Dependendo dos objectivos específicos da supervisão pode ser formada por um ou por mais dos seguintes técnicos:

- MCD/Director clínico;
- Técnico de Medicina Geral;
- Enfermeiro Chefe.

Categoria Estatística

A categoria estatística tem a responsabilidade de fazer a supervisão da área estatística, ou seja, de verificar e de analisar o processo de gestão de dados (livros de registo) na U.S. Esta pode ser formada por um ou mais dos seguintes membros:

- Chefe do NEPC;
- Técnico de Medicina Preventiva.

Categoria Administrativa

A Categoria Administrativa tem a função de verificar o desempenho na área administrativa. Envolve áreas dos Recursos humanos, dos recursos Financeiros, do transporte, e do património. Pode ser formada por um ou mais dos seguintes membros de acordo com as necessidades de supervisão:

- O administrador;
- Responsável pelos Recursos Humanos;
- Responsável pelo Transporte;
- Responsável pelo Património (bens duradouros do SNS).

A equipa supervisora pode ser alterada, em determinadas situações, a saber:

- Insuficiência de pessoal para supervisionar: dependendo da área de formação do DDS (clínica, administrativa), este pode substituir um dos membros da equipa, ou a equipa pode ser reduzida em número, devendo os outros supervisores preencher todas as áreas a supervisionar. Nestes casos, deve-se fazer uma prévia preparação dos supervisores;
- Necessidade de supervisionar assuntos específicos: se o objectivo da supervisão for analisar detalhadamente um ou mais assuntos específicos, os técnicos responsáveis pela área específica deverão fazer parte da equipa e outros técnicos da equipa padrão poderão estar ausentes. *Exemplo: se o objectivo for verificar o estado das infra-estruturas da US, o técnico de manutenção deverá fazer parte da equipa.*

2.4. Conteúdo do Kit de Supervisão Rápida

Para fazer o seu trabalho a equipa de supervisão utiliza um “kit” de instrumentos específicos que serão

usados para recolher informações duma maneira objectiva e padronizada (a recolha de informações é idêntica em todas US). O kit descrito abaixo, é o usado para a avaliação do funcionamento geral da US, mas se o objectivo da supervisão for diferente, outros instrumentos poderão ser usados.

Para a avaliação do funcionamento geral da US, a equipe de supervisão precisará de:

- 10 Cartões de Supervisão. Cada cartão refere-se a um assunto específico a supervisionar, a saber:
 1. Cartão de supervisão 1: Pontualidade (análise da hora em que acabou a primeira actividade);
 2. Cartão de supervisão 2: Tempo de espera (análise do tempo médio entre a chegada dos pacientes e a sua saída);
 3. Cartão de supervisão 3: Exame físico (verificação do número de indicadores usados em 10 consultas);
 4. Cartão de supervisão 4: Classificação (verificação da forma de classificar durante 10 consultas);
 5. Cartão de supervisão 5: Tratamento (verificação do número de tratamentos apropriados durante 10 consultas);
 6. Cartão de supervisão 6: Prescrição racional (verificação do número médio de medicamentos que cada receita tem);
 7. Cartão de supervisão 7: Conselhos para casa (verificação do número de componentes usados em cada secção de educação para saúde);
 8. Cartão de supervisão 8: Formação contínua e ensino (verificação da percentagem da equipa que recebeu algum tipo de formação na semana anterior);
 9. Cartão de supervisão 9: Modelos (verificação do número de modelos em uso que estão correctamente preenchidos);
 10. Cartão de supervisão 10: Abordagem (análise do relacionamento do pessoal de saúde com os utentes).
- Uma folha de “Supervisão Clínica”;
- Duas folhas de “Avaliação da U.S.” (a original, mais uma cópia para a U.S.);
- Duas canetas de feltro ou esferográficas de cor vermelha e cor verde (ou azul).

O uso dos instrumentos da supervisão rápida será descrito na aula seguinte.

2.5. Preparação da visita de Supervisão Rápida

Ao planificar a visita de supervisão rápida, alguns aspectos logísticos devem ser considerados. São os seguintes:

- Planificação da aplicação dos recursos humanos: formação da equipa de supervisores (de acordo com as necessidades e com pessoal disponível);
- Planificação da aplicação de recursos financeiros (ex: ajudas de custo, gastos com fotocópias, combustível) e materiais (ex: transporte).

Antes de ir à Unidade Sanitária Periférica para realizar uma supervisão rápida, a equipa supervisora deve preparar-se devidamente, de forma a conhecer os indicadores chave, e a situação anterior e actual desta instituição antes da supervisão. Estes dados permitirão que se faça uma análise da evolução qualitativa e quantitativa dos serviços prestados e por conseguinte das áreas a priorizar. Também permitirá que se faça uma melhor gestão do tempo durante a execução da supervisão (recordar que na supervisão rápida o enfoque é na identificação de problemas para desenhar planos de acção). A preparação consiste essencialmente nos seguintes pontos:

- Estudo dos indicadores chave (ex: indicadores de uma consulta pediátrica perfeita) e de outros documentos relevantes (ex: componentes da Educação para saúde);
- Busca e análise de informação geral referente à US: tipo de centro de saúde, infraestrutura, serviços que a US presta, recursos humanos e materiais de que dispõe;
- Busca e análise de informação sobre o desempenho da US, através dos relatórios do SIS (Sistema de Informação em Saúde): indicadores qualitativos de desempenho (ex: taxas de mortalidade por malária, testagem para o HIV), indicadores quantitativos de desempenho (ex: Unidades de atendimento, número de partos institucionais), despiste e notificação das doenças de notificação obrigatória;
- Busca de informação sobre a evolução do desempenho da U.S após à última supervisão. (Relatórios das últimas supervisões).

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1** O principal objectivo de uma supervisão rápida é fazer uma avaliação superficial do funcionamento geral da US, mas esta também pode ser usada para outros fins, como análise detalhada de um determinado assunto.
- 3.2** A supervisão também permite identificar as US com problemas (e as áreas específicas) que precisam de receber uma supervisão profunda e colher dados para planificação de actividades futuras.
- 3.3** A equipa padrão da supervisão rápida, quando se pretende fazer uma análise superficial do funcionamento geral da US, deve ser composta pelo DDS e por elementos de pelo menos 3 categorias (clínica, administrativa, estatística).
- 3.4** Durante a planificação da supervisão rápida de assuntos logísticos (financeiros, humanos e materiais) devem ser considerados. Por outro lado, a equipa deve conhecer o desempenho anterior e actual da US.
- 3.5** As perguntas chave a serem feitas durante uma visita de supervisão rápida são:
 - Como está o desempenho do responsável da US em relação ao desempenho dos outros responsáveis no seu Distrito?
 - Qual é a área que a US desempenha melhor? Área clínica, administrativa ou educativa?
 - Qual é a área que a US desempenha mal?
 - Como está a crescer a qualidade de trabalho da US?
 - O responsável sabe como está a funcionar a sua US?
 - O responsável consegue elaborar um plano de acção para os próximos três meses?
 - Dos membros do Consultivo Distrital, quem deverá realizar a próxima visita de supervisão?
 - Existe um problema comum entre esta US e as outras?

Disciplina	Gestão e Administração III	Nº da Aula	3
Tópico	Supervisão (Gestão) da US Periférica	Tipo	Teórica
Conteúdos	Supervisão Rápida / Preventiva - Parte 2	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

- 1 Descrever o Processo de Avaliação de Desempenho da US:
 - a. Listar os “15 indicadores de uma consulta de pediatria perfeita”;
 - b. Demonstrar o preenchimento correcto e a interpretação dos 10 Cartões de Supervisão da US e na base desses elaborar a “Ficha de Avaliação da Unidade Sanitária”.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Avaliação do Desempenho da Unidade Sanitária		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

BIBLIOGRAFIA

1. MISAU, AMREF, UNICEF (2003) Guião para o Gestor Distrital de Saúde: Módulo 6, Gestão das Unidades Sanitárias Periféricas, Ministério de Saude, Direção Nacional de Recursos Humanos, Departamento de Formação. Maputo.
2. Scuccato, R., Leopoldo da Costa, J, Mendes L. Guião para supervisão de Centros De Saúde: Manual de utilização. MISAU - Direcção dos Recursos Humanos – Departamento de Formação; 1997.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA UNIDADE SANITÁRIA

A equipa supervisora deve ter um método padronizado para a avaliação do desempenho da US, de tal forma que a informação obtida seja objectiva e similar em todas as US do distrito.

Conforme referido na aula anterior, o método usado nas supervisões rápidas baseia-se em dez cartões de supervisão. O uso destes cartões permite obter respostas para as 10 perguntas ou considerações chave, necessárias para fazer uma avaliação do funcionamento geral da US.

Os 10 cartões são:

1. **Cartão de supervisão 1: Pontualidade** (análise da hora em que acabou a primeira actividade);
2. **Cartão de supervisão 2: Tempo de espera** (análise do tempo médio entre a chegada dos pacientes e a sua saída);
3. **Cartão de supervisão 3: Exame físico** (verificação do número de indicadores usados em 10 consultas);
4. **Cartão de supervisão 4: Classificação** (verificação da forma de classificar durante 10 consultas);
5. **Cartão de supervisão 5: Tratamento** (verificação do número de tratamentos apropriados durante 10 consultas)
6. **Cartão de supervisão 6: Prescrição racional** (verificação do número médio de medicamentos que cada receita tem);
7. **Cartão de supervisão 7: Conselhos para casa** (verificação do número de componentes usados em cada secção de educação para saúde);
8. **Cartão de supervisão 8: Formação contínua e ensino** (verificação da percentagem da equipa que recebeu algum tipo de formação na semana anterior).
9. **Cartão de supervisão 9: Modelos** (verificação do número de modelos em uso que estão correctamente preenchidos);
10. **Cartão de supervisão 10: Abordagem** (análise do relacionamento do pessoal de saúde com os utentes).

Para o uso devido dos cartões de supervisão, alguns passos devem ser cumpridos antes de iniciar a supervisão. São os seguintes:

1. Distribuição dos cartões pela equipa de supervisores, de acordo com as áreas de competência.
Para uma equipa com supervisores de 3 categorias a distribuição pode ser a seguinte:
 - a. Categoria clínica:
 - i. Cartão de supervisão 3: Exame físico

- ii. Cartão de supervisão 4: Classificação (diagnóstico)
- iii. Cartão de supervisão 5: Tratamento
- iv. Cartão de supervisão 7: Conselhos para casa
- b. Categoria estatística:
 - i. Cartão de supervisão 6: Prescrição racional
 - ii. Cartão de supervisão 4: Classificação (Estatística)
 - iii. Cartão de supervisão 9: Modelos (registos, estatística)
- c. Categoria administrativa:
 - i. Cartão de supervisão 1: Pontualidade
 - ii. Cartão de supervisão 2: Tempo de espera
 - iii. Cartão de supervisão 8: Formação contínua e ensino
 - iv. Cartão de supervisão 10: Abordagem

2. Verificar se cada membro conhece as suas tarefas após a recepção dos cartões;
3. Esclarecer eventuais dúvidas.

Após o preenchimento dos cartões, a equipa deverá fazer um balanço e preencher o resumo na “ficha de avaliação da US”. Este processo será descrito mais adiante.

2.1 Preenchimento correcto e interpretação dos “ 10 Cartões de Supervisão”

Abaixo será descrito, o preenchimento correcto e interpretação dos 10 cartões de supervisão. Todos os cartões definem o critério a ser avaliado e a pontuação (-1, 0, +1) a atribuir de acordo com as diferentes situações encontradas.


Cartão 1: Pontualidade

É o cartão usado para avaliar a pontualidade dos profissionais de saúde no atendimento aos utentes da US.

Segundo o horário legal da função pública, a unidade sanitária deve iniciar as actividades as 7:30h todos os dias.

O atraso no início das actividades deve ser evitado, pois este é um factor de desmobilização, de má reputação do SNS, para além de ser um prejuízo para o público. Por sua vez, todos estes factores, reduzem a taxa de utilização da US.

Para avaliar este indicador, o supervisor deve analisar a hora em que terminou a primeira actividade (ex: consulta, vacinação, palestra) e posteriormente atribuir um valor de acordo com a tabela abaixo:

1. A PONTUALIDADE A hora que a primeira actividade acabou foi:	Entre 07.46h e 08.00h? Nenhum Valor
Entre 07. 30h e 07. 45h?  <div>+1</div> <div>Um Valor</div>	08. 00h ou depois? <div>-1</div> <div>Menos Um Valor</div>

Este indicador reflecte ou dá uma indicação sobre:

1. A organização, integração e coordenação das actividades;
2. A preparação das actividades no fim do dia anterior;
3. O controlo da efectividade (controlo da assiduidade, pontualidade e da permanência no local de trabalho);
4. Respeito e consideração pelo público.

O supervisor deve:



1. Chegar à US antes das 7:45 min.;
2. Observar o término da primeira actividade relevante; (actividades relevantes para essa avaliação incluem actividades de prestação de serviços aos utentes, como educação para saúde, colectivo, pesagem, vacinação ou consulta. Limpeza e esterilização de material não estão inclusas nessa avaliação)
3. Consultar as horas a um funcionário local, para se certificar de que estão em sintonia;
4. Registar o tempo (horas e minutos).

Cartão 2: Tempo de espera

É o cartão usado para avaliar o tempo médio de espera na US, ou seja, o intervalo de tempo desde a chegada à saída do utente da US.

Segundo as normas do MISAU, o utente não grave deve ser atendido e despachado num período de até 60 minutos depois da chegada na US. O cumprimento desta norma aumenta a satisfação do utente porque permite que este realize outras actividades no período da manhã.

Para avaliar este indicador, o supervisor deve contabilizar o tempo médio que os utentes levam desde a chegada à saída da US (incluindo tempo de espera e tempo na consulta, laboratório, etc) e posteriormente atribuir um valor de acordo com a tabela abaixo:

2. TEMPO DE ESPERA <u>A duração média, entre a hora da chegada da mãe e a sua partida foi:</u>	<u>Entre 61 e 120 minutos?</u> <u>Nenhum Valor</u>
<u>Entre 0 e 60 minutos?</u>  <u>Mais Um Valor</u>	<u>121 minutos ou mais?</u>  -1 <u>Menos Um Valor</u>

Este indicador reflecte ou dá uma indicação sobre:

1. A organização das actividades;
2. O acompanhamento das actividades pelo responsável da US;
3. A existência de um fluxograma;
4. A polivalência dos trabalhadores;
5. O aproveitamento do pessoal serventuário;

O supervisor deve:

1. Procurar o livro de registos do atendimento externo (ex: consulta, CPN) da US;

2. Procurar a informação sobre o mesmo dia de semana, da semana anterior (por exemplo: se hoje é terça feira, dia 17, procurar os dados sobre a terça feira anterior, dia 10);
3. Descobrir o número total de consultas realizadas naquele dia (por exemplo: 46 consultas);
4. Dividir este número por dois (por exemplo: 46 dividido por 2=23);
5. Identificar o doente de hoje que corresponde a este número (exemplo: a 23ª mãe);
6. Procurar saber a hora da chegada dela na US (exemplo: chegou as 7.55h). Observação: a hora mais cedo deve ser considerada como 7.30h);
7. Tomar nota da hora de partida, depois de visitar farmácia e receber medicamentos (exemplo: partida às 11.10h);
8. Fazer o cálculo (exemplo: 07.55h às 11.10h significa 3 horas e 15 minutos de tempo, ou 195 minutos).

Cartão 3: O exame físico

É o cartão usado para avaliar a qualidade do exame físico que o clínico faz aos utentes.

Segundo as normas do MISAU, a qualidade do exame físico é definida pelo uso correcto dos indicadores pré-definidos para cada tipo de consulta.

Ao nível do atendimento externo, recomenda-se que a supervisão seja feita nas consultas de pediatria que por serem as mais delicadas, servirão como indicador para conhecer o desempenho geral em todo tipo de consultas (incluindo consulta de adulto, CPN).

Foram definidos 15 indicadores para a consulta de pediatria, e o ideal é que todos eles sejam usados durante a consulta, mas na prática, apenas 5 é aceitável.

A tabela abaixo, lista os 15 indicadores de uma consulta pediátrica perfeita:

Tabela1: Indicadores de uma consulta pediátrica perfeita



Supervisor: Observa se o técnico ou enfermeiro:	
Observa 4 coisas	<ul style="list-style-type: none"> • Garganta • Ouvidos • Mucosa • Pele (examinou a criança nua)
Ouve 4 respostas	<ul style="list-style-type: none"> • Começou quando? • Outros problemas? • Outras pessoas na família têm? • Que medicamento já tomou?
Dá 4 conselhos	<ul style="list-style-type: none"> • Sobre PAV • Sobre PF • Sobre dieta • Sobre qualquer outro assunto
Dá 3 ajudas	<ul style="list-style-type: none"> • Tem perguntas para mim? • Data da próxima visita • Qualquer louvor para a mãe

Os indicadores pré-definidos para a realização da consulta, são importantes porque permitem:

- Recolher a informação certa, permitindo uma classificação apropriada (quando aplicável);
- Evitar a repetição da consulta mais tarde;

- Efectuar uma cura (a cura depende do tratamento. O tratamento depende da classificação. A classificação depende do exame).

Após a observação das consultas, **para avaliar o indicador (exame físico), o supervisor deve contabilizar o número cumulativo de “indicadores de consulta pediátrica perfeita” usados em 10 consultas de pediatria, e posteriormente atribuir um valor de acordo com a tabela abaixo:**

3. O EXAME FÍSICO. <u>Em dez consultas, o técnico usou quantos indicadores:</u>	Entre 40 e 49? Nenhum Valor
<u>50 ou Mais?</u>  +1 Um Valor	Entre 0 e 39?  -1 Menos Um Valor

Este indicador reflecte ou dá uma indicação sobre:

1. As actividades de formação contínua
2. A qualidade da classificação

O supervisor deve:



1. Pedir autorização do clínico supervisionado;
2. Acompanhar 10 consultas (recomenda-se que sejam as pediátricas);
3. Sentar num sítio que não incomode nem ao clínico nem ao doente;
4. Solicitar ao clínico para informar sobre o resultado do exame físico (ex: mucosas, garganta);
5. Ter os 15 indicadores na mente ou uma cópia do documento;
6. Em cada consulta contar e anotar o número de indicadores usados;
7. Apontar o total cumulativo das consultas no fim de todas consultas.

Cartão 4: Classificação

É o cartão usado para avaliar se o clínico chega a uma classificação (diagnóstico) correcta do caso clínico, após o exame físico. Este indicador aplica-se nos casos em que as consultas observadas são feitas de acordo com um método padrão pré-estabelecido como o AIDI.

A classificação certa, permite a identificação do tratamento apropriado.

Para avaliar este indicador, o supervisor deve contabilizar o número de classificações correctas nas dez consultas, segundo o seu julgamento e posteriormente atribuir um valor de acordo com a tabela abaixo:

4. A CLASSIFICAÇÃO. Nas mesmas dez consultas, quantas classificações foram correctas:	7 ou 8? Nenhum Valor
9 ou 10?  +1 Um Valor	Entre 0 e 6?  -1 Menos Um Valor

Este indicador reflecte ou dá uma indicação sobre:

1. As actividades de formação contínua;
2. A qualidade de serviço;
3. A qualidade da informação recolhida para o SIS.

O supervisor deve:



1. Acompanhar passivamente o exame do clínico;
2. Apontar a sua estimativa da classificação no fim de cada consulta;
3. Verificar e apontar a correspondente classificação do clínico em cada consulta;
4. Fazer uma comparação entre as suas comparações e às do clínico;
5. Registar o número total de consultas com classificações iguais.

Cartão 5: Tratamento

É o cartão usado para avaliar e o clínico administra o tratamento adequado para cada classificação (ou diagnóstico) feita.

A administração do tratamento adequado, permite efectuar a cura, reduzir o número de complicações e minimizar a perda inútil de medicamentos.

Para avaliar este indicador, o supervisor deve contabilizar o número de tratamentos apropriados administrados em 10 consultas, para tratar a doença principal segundo o diagnóstico, e posteriormente atribuir um valor de acordo com a tabela abaixo:

5. O TRATAMENTO Nas mesmas 10 consultas, quantos tratamentos foram apropriados (Segundo diagnóstico do técnico):	5, 6, 7 ou 8? Nenhum Valor
ou 10?  +1 Um Valor	0,1,2,3 ou 4?  -1 Menos Um Valor

Este indicador reflecte ou dá uma indicação sobre:

- As actividades de formação contínua.

O supervisor deve:

- Depois de 10 consultas, examinar os registos do clínico;
- Determinar se o tratamento dado em cada consulta é apropriado para o diagnóstico do clínico;
- Registar o número de tratamentos apropriados administrados;

A descrição do uso e da interpretação dos cartões de supervisão 6 a 10, será feita na aula seguinte.

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

3.1 O método usado para a avaliação do funcionamento geral da US nas supervisões rápidas baseia-se na utilização de dez cartões de supervisão, que avaliam cada um deles, indicadores específicos.

3.2 Os cartões devem ser distribuídos da seguinte forma entre os membros da equipa

3.2.1 Categoria clínica:

- Cartão de supervisão 3: Exame físico
- Cartão de supervisão 4: Classificação (diagnóstico)
- Cartão de supervisão 5: Tratamento
- Cartão de supervisão 7: Conselhos para casa

3.2.2 Categoria estatística:

- Cartão de supervisão 6: Prescrição racional
- Cartão de supervisão 4: Classificação (Estatística)
- Cartão de supervisão 9: Modelos (registos, estatística)

3.2.3 Categoria administrativa:

- Cartão de supervisão 1: Pontualidade
- Cartão de supervisão 2 : Tempo de espera
- Cartão de supervisão 8: Formação contínua e ensino
- Cartão de supervisão 10: Abordagem

3.3 Todos os cartões definem os critérios a serem avaliados e a pontuação (-1;0;+1) a atribuir de acordo com as diferentes situações encontradas.

3.4 Ao nível do atendimento externo, recomenda-se que a supervisão seja feita nas consultas de pediatria que por serem as mais delicadas, servirão como indicador para conhecer o desempenho geral em todo tipo de consultas (incluindo consulta de adulto, CPN).

3.5 Antes de iniciar com a supervisão deve-se:

- Distribuir os cartões pela equipa de supervisores, de acordo com as áreas de competência;
- Verificar se cada membro conhece as suas tarefas e esclarecer eventuais dúvidas.

3.6 No fim da supervisão, é preenchida a ficha de avaliação da US, com base nos dados de cada cartão.

Disciplina	Gestão e Administração III	Nº da Aula	4
Tópico	Supervisão (Gestão) da US Periférica	Tipo	Teórica
Conteúdos	Supervisão Rápida / Preventiva-Parte 3	Duração	3h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

- 1 Descrever o Processo de Avaliação de Desempenho da US:
 - a. Demonstrar o preenchimento correcto e a interpretação dos 10 Cartões de Supervisão da US e na base desses elaborar a “Ficha de Avaliação da Unidade Sanitária”;
- 2 Descrever o processo de análise do desenvolvimento da US, em comparação com desempenho das outras US no distrito:
 - a. Elaborar gráficos, mostrando o desenvolvimento da US e comparar com o desempenho de outras US;
 - b. Explicar e demonstrar como dar retorno ao responsável e à equipa da US.
- 3 Descrever o processo para apoiar o responsável da US na elaboração de um plano de acção trimestral para atender à fraquezas identificadas.
- 4 Descrever os passos seguintes de supervisão e capacitação para resolver os problemas identificados na visita.
- 5 Descrever as vantagens e limitações da visita de supervisão rápida.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Avaliação do Desempenho da Unidade Sanitária (continuação)		
3	Etapas após a Recolha de Dados		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

BIBLIOGRAFIA

1. MISAU, AMREF, UNICEF (2003) Guião para o Gestor Distrital de Saúde: Módulo 6, Gestão das Unidades Sanitárias Periféricas, Ministério de Saúde, Direcção Nacional de Recursos Humanos, Departamento de Formação. Maputo.
2. Scuccato, R., Leopoldo da Costa, J, Mendes L. Guião para supervisão de Centros De Saúde: Manual de utilização. MISAU - Direcção dos Recursos Humanos – Departamento de Formação; 1997.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA UNIDADE SANITÁRIA (CONTINUAÇÃO)


Nesta aula, dar-se-á continuação à descrição do processo de preenchimento e interpretação dos cartões de supervisão e serão abordadas as etapas de supervisão após a recolha de dados.

Cartão 6: Prescrição Racional

É o cartão usado para avaliar a qualidade das prescrições feitas pelo clínico e o uso racional dos medicamentos.

Segundo as normas do MISAU, cada prescrição deve ter um máximo de 2 tipos de medicamentos. Esta norma permite gerir melhor os medicamentos disponibilizados mensalmente, evitar intoxicações medicamentosas, e promove a utilização correcta do medicamento.

Para avaliar este indicador, o supervisor deve contabilizar o número de medicamentos utilizados em cada prescrição e posteriormente atribuir um valor de acordo com a tabela abaixo:

6. PRESCRIÇÃO RACIONAL Por média cada prescrição tem quantos medicamentos?		Entre 2,1 a 2,9 tipos. Não ganha nenhum valor
Entre 0 a 2 tipos. +1		Entre 3 tipos ou mais
 Mais um valor		-1 X Menos um valor

Este indicador reflecte ou dá uma indicação sobre:

6. As actividades de formação contínua;
7. O controlo exercido pelo responsável da farmácia;
8. A utilização do stock de medicamentos;
9. A confiança clínica do clínico.

O supervisor deve:

9. Examinar o registo do clínico, depois de 10 consultas;
10. Determinar pelo diagnóstico do clínico se o tratamento dado em cada consulta é apropriado;
11. Registar o número de tratamentos apropriados.
12. Na farmácia:
 - Solicitar 100 receitas guardadas;
 - Examinar o correspondente registo de consultas;

- Determinar se houve consultas feitas que não resultaram em nenhuma prescrição (para verificar se 100 receitas correspondem a 100 consultas. Caso hajam, reduzir o número de receitas);
- Examinar cada receita e determinar o número de tipos de medicamento. Observação: um tratamento não medicamentoso (ex: lavagem dos ouvidos) não é considerado como medicamento.
- Separar as receitas em grupos dependendo do número de medicamentos (ex: grupo de 2 medicamentos, de 3 medicamentos);
- Fazer a matemática (ex: 17 receitas com 1 medicamento é 17, mais 35 receitas com 2 medicamentos é 70, mais 20 receitas com 3 medicamentos é 60 e assim por diante);
- Fazer a soma de todos os valores e dividir por 100;
- Registrar o número médio de medicamentos por receita.

Cartão 7: Conselhos para casa

É o cartão usado para avaliar a qualidade das mensagens educativas que o clínico transmite durante as consultas.

Segundo as normas do MISAU, no fim de cada consulta, o clínico deve fazer educação para saúde ao doente. Essa educação para saúde deve incluir cinco características ou componentes para:

- Usar comunicação interpessoal efectiva e eficaz
- Maximizar a possibilidade duma mudança no comportamento do doente
- Prevenir uma repetição possível ou a transmissão da doença

Para avaliar este indicador, o supervisor deve contabilizar o número de componentes usados em cada sessão de educação para saúde e posteriormente atribuir um valor de acordo com a tabela abaixo:

<p>7. CONSELHOS PARA CASA</p> <p>Em cada educação p/saude, o técnico usou quantos componentes:</p>	<p>2 ou 3?</p> <p>Nenhum Valor</p>
<p>4 ou 5?</p> <p>✓ +1 Um Valor</p>	<p>0 ou 1?</p> <p>X -1 Menos Um Valor</p>

Este indicador reflecte ou dá uma indicação sobre:

1. A empatia do clínico com os doentes;
2. A compreensão da realidade da vida da população;
3. A capacidade do clínico de oferecer conselho individual;
4. O nível de habilidade do clínico na comunicação interpessoal;
5. O conteúdo da Educação para Saúde individual (não deve ser só sobre a medicação)

O supervisor deve:

1. Acompanhar a educação individual oferecida pelo clínico durante a consulta, se houver;
2. Ter na mente ou em cópia os 5 componentes sobre Educação para Saúde;
3. Determinar o número de componentes usados;
4. Solicitar uma tradução depois da consulta, se for necessário;
5. Fazer estimativa do número de componentes usados por consulta segundo o hábito do clínico.

Cartão 8: Formação Contínua e Ensino

É o cartão usado para avaliar se o pessoal da US recebe formação contínua de acordo com as normas do MISAU.

Segundo as normas do MISAU, o pessoal ou efectivo deve receber algum tipo de treino por semana (ex: sessão clínica, formação em trabalho, tutoria clínica, seminário distrital).

O cumprimento das normas de formação contínua. Permite:

- Actualizar o conhecimento e habilidades dos funcionários;
- Melhorar a eficiência dos serviços de saúde;
- Promover uma cultura de ensino e aprendizagem que pode ser extensiva aos utentes;
- Contribuir na identificação das áreas prioritárias para as actividades distritais de formação contínua.

Para avaliar este indicador, o supervisor deve avaliar a percentagem do efectivo total da US que recebeu algum tipo de ensino na US, durante a semana anterior, e posteriormente atribuir um valor de acordo com a tabela abaixo:

8. FORMAÇÃO CONTÍNUAS E ENSINO Qual % da equipe recebeu "algum ensino" durante a semana anterior:	50% ou menos? Nenhum Valor
Mais do que 50%? ✓ +1 Um Valor	Ninguém? X -1 Menos Um Valor

Este indicador reflecte ou dá uma indicação sobre:

1. A dinâmica interpessoal dentro da US;
2. As prioridades do responsável da US;
3. O grau actual de desenvolvimento de recursos humanos;
4. O seguimento de ensino-aprendizagem dos participantes depois de actividades de formação contínua no distrito ou província;
5. A cultura de ensino-aprendizagem a nível distrital e provincial.

O supervisor deve:

1. Entrevistar individualmente cada funcionário da US (incluindo pessoal serventuário);
2. Determinar se o funcionário recebeu algum treino conforme o seu julgamento.
3. Calcular a percentagem dos funcionários treinados.

Cartão 9: Modelos

É o cartão usado para avaliar se o pessoal da US preenche correctamente os modelos ou formulários de registo de actividades rotineiras na US.

Segundo as normas do MISAU, os modelos devem ser preenchidos correctamente e de forma padronizada em todas US, para:

1. Registar as actividades realizadas;
2. Fornecer dados ao SIS à diferentes níveis (local, distrital, provincial, nacional);
3. Facilitar a tomada de decisões e gestão de recursos.

Para avaliar este indicador, o supervisor deve avaliar a quantidade de modelos correctamente preenchidos em uso durante a supervisão, e posteriormente atribuir um valor de acordo com a tabela abaixo:

9.MODELOS	
Quantos modelos em uso estão correctamente preenchidos:	Alguns Nenhum Valor
Todos? ✓	X Nenhum -1 Menos Um Valor

Este indicador reflecte ou dá uma indicação sobre:

1. As actividades de formação contínua;
2. A qualidade dos dados estatísticos colhidos;
3. O acompanhamento das actividades pelo responsável da US;
4. O controlo de dados pelo chefe do NEPC distrital;
5. O grau de análise de dados à nível local.

O supervisor deve:

1. Visitar todas as áreas de serviço, de preferência depois do movimento;
2. Examinar os modelos e formulários em uso naquele dia. Observação: a ausência de modelos pode reflectir má gestão à nível local, distrital ou provincial;
3. Determinar se os números e palavras estão claros e legíveis;
4. Rever o preenchimento (fazer somatórios quando necessário) e decidir se o modelo está bem ou mal preenchido;
5. Registar a quantidade dos modelos correctamente preenchidos.

Cartão 10: Abordagem

É o cartão usado para avaliar o relacionamento entre os trabalhadores e dos trabalhadores com o público.

O efectivo deve estar motivado no seu trabalho e ser respeitoso com o público para:

- Promover um bom atendimento ao público;

- Desempenhar as suas tarefas devidamente;
- Motivar os utentes e encorajar o uso da US pela comunidade;
- Minimizar o absentismo e aumentar a eficiência do serviço.

Para avaliar este indicador, o supervisor deve avaliar o relacionamento da maioria dos trabalhadores, segundo a sua impressão subjectiva, e posteriormente atribuir um valor de acordo com a tabela abaixo:

10. ABORDAGEM Como é o relacionamento com os utentes:		A maioria dos trabalhadores demonstrou bom relacionamento. Não ganha nenhum valor
Todos trabalhadores têm bom relacionamento. +1 ▼ Mais um valor		Só alguns mostraram bom relacionamento, outros não -1 X Menos um valor

Este indicador reflecte ou dá uma indicação sobre:

- A dinâmica interpessoal dentro da US.

O supervisor deve:

1. Conversar informalmente com elementos do público (para obter informação indirecta);
2. Observar a atitude dos funcionários;
3. Notar a forma como cada trabalhador se relaciona com os utentes (se cumprimenta, conversa, se fala respeitosamente, etc);
4. Decidir subjectivamente se os trabalhadores têm um bom relacionamento ou não;
5. Discutir com os outros supervisores e chegar a um consenso.

BLOCO 3: ETAPAS APÓS A RECOLHA DE DADOS

Após a recolha dos dados, 3 etapas cruciais devem ser cumpridas pela equipa de supervisores para que a supervisão seja efectiva. São as seguintes:

- Análise conjunta dos dados: esta etapa engloba os seguintes passos
 - Elaboração da ficha de avaliação da US;
 - Elaboração de um gráfico para avaliação da evolução do desempenho da US, comparativamente com períodos anteriores e com as outras US do distrito;
- Divulgação/partilha das constatações
- Elaboração do plano de acção futura com base nas constatações da supervisão.

3.1. Análise conjunta dos dados

A equipa deve reunir-se para que os dados dos cartões sejam analisados em conjunto e para se chegar a um acordo sobre o valor total a ser atribuído à US, numa escala que vai de menos 10 a mais 10 (vide gráfico abaixo). Para tal, é elaborada a ficha de avaliação da US, que é basicamente o resumo da informação colhida nos cartões.

3.1.1 Ficha de avaliação da US

Com base na ficha de avaliação da US, é possível:

1. Identificar as áreas que a US desempenha melhor;
2. Identificar as áreas que a US desempenha mal e avançar com a definição de intervenções futuras para a resolução dos problemas identificados;
3. Elaborar um gráfico e analisar comparativamente a evolução do desempenho da US (está na mesma, a crescer ou a decrescer?);
4. Comparar o resultado da US supervisionada, com os resultados de outras US do distrito.

Exemplo 1: Ficha de avaliação do Centro de Saúde (CS) de Namanhumbire

Tabela1: exemplo de ficha de avaliação da (CS) de Namanhumbire

Cartão	Resultado	Pontuação
1 – Pontualidade	07.40	+1
2 – Tempo de espera	75 min.	0
3 – Exame físico	47	0
4 – Classificação	8 Diagnósticos	0
5 – Tratamento	9 Tratamentos	+1
6 – Prescrição racional	2,5 Medicamentos	0
7 – Conselhos para casa	0	-1
8 – Formação contínua e ensino	0%	-1
9 – Modelos	Alguns	0
10 – Abordagem	A maioria	0
Total da Unidade Sanitária		0

Com base no exemplo acima, pode-se concluir que o desempenho da US é:

- Melhor: nas componentes de pontualidade e tratamento (pontuação de +1)
- Pior: nas componentes de conselhos para casa, e formação contínua e ensino (pontuação de -1)
- Mau: nas restantes componentes (pontuação de 0)

O valor total na avaliação da US é 0 (zero).

3.1.2 Elaboração do gráfico da evolução do desempenho da US

Com base na informação contida na ficha de avaliação da US, e nos dados de supervisões anteriores, a equipa deve elaborar um gráfico da evolução do desempenho da Unidade Sanitária em comparação com períodos anteriores e com as outras US do distrito. Este gráfico, permitirá ter uma ideia do desempenho global das US ao nível do distrito.

Exemplo 1 (continuação):

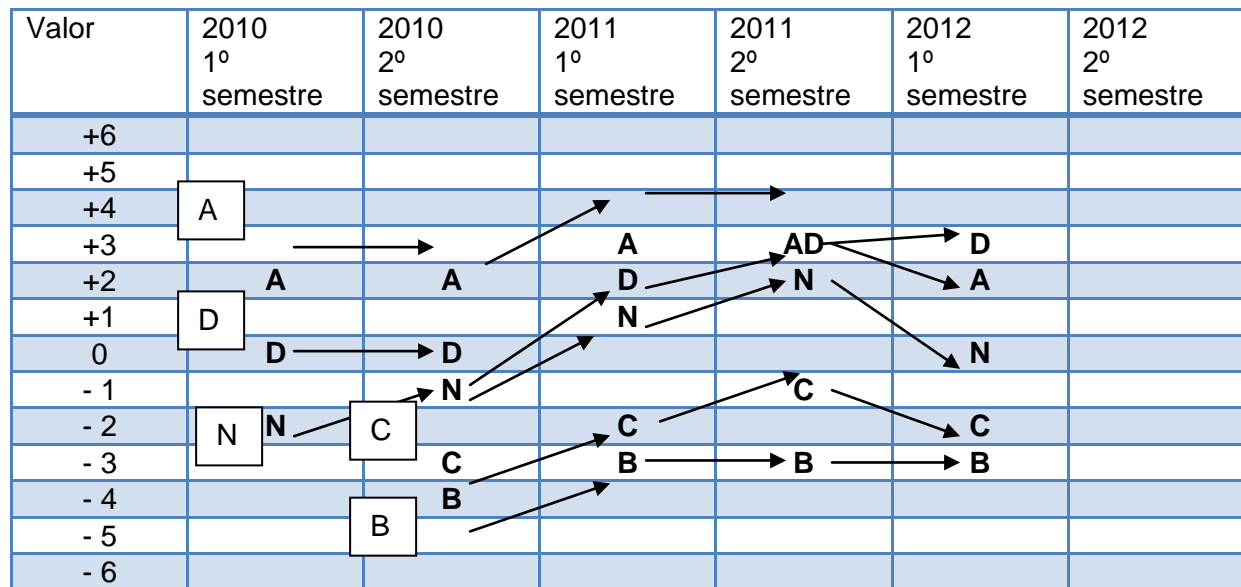
Para o CS de Namanhumbire, o valor total atribuído a US em supervisões anteriores e nesta é descrito na tabela abaixo:

Tabela 2: Evolução do desempenho do CS Namanhumbire

Ano	Período	Valor total da avaliação
2010	1º semestre	- 2
	2º semestre	-1
2011	1º semestre	+1
	2º semestre	+2
2012	1º semestre	0

No gráfico abaixo, o desempenho da US de Namanhumbire (N) é avaliado em comparação com períodos anteriores e com mais 4 USs do distrito (B,C,D,E) :

Gráfico 1: Evolução do desempenho da US de Namanhumbire, comparativamente com outras US do distrito



Segundo o gráfico acima, após um período de melhoria gradual (de 2010 à 2011) no desempenho do CS de Namanhumbire, houve uma queda brusca no valor, indicando redução da qualidade dos serviços prestados. Este facto pode ter várias causas, desde movimentação do pessoal, desmotivação e mau ambiente de trabalho (pontuação 0 na abordagem) e outros como falta de equipamento, de medicamentos, etc.

Comparativamente com as outras US do distrito, o CS de Namanhumbire no primeiro semestre de 2012, encontra-se, no 2 lugar junto com o CS “E” abaixo do CS “C” e com pontuações mais altas que CS “E” e “D”. Mesmo assim o desempenho é preocupante porque depois dum melhoramento consistente do 1º semestre de 2010 até o 2º semestre de 2012, houve uma pioramento significativo de 2 pontos de no último semestre.

3.2. Divulgação/partilha dos resultados

- A divulgação dos resultados ou constatações deve ser feita na presença de toda equipa de supervisores e do pessoal da Unidade Sanitária. Se houver questões a discutir apenas com o responsável, isto poderá ser feito posteriormente.
- O chefe da equipa supervisora reporta a informação, justificando-se com base em dados específicos e em evidências ou exemplos reais constatados, para facilitar a compreensão da equipa supervisionada. Exemplo: pode mostrar o preenchimento inadequado dos modelos, ou dar exemplos de tratamentos inapropriados para o diagnóstico. Outros membros da equipa, também podem comentar.
- A equipa da US deve ter a oportunidade de comentar os resultados, para dar o seu parecer, apresentar factores envolvidos no desempenho constatado (ex: pessoal insuficiente, falta de modelos) e outros aspectos que julgarem importantes.
- No fim das actividades, e após se chegar a um consenso sobre a avaliação da US, deve-se deixar informação sobre os resultados da supervisão (uma cópia da ficha de avaliação da US, gráficos e tabelas).

3.3. Elaboração do plano de acção da US

- Em conjunto com a equipa da US, deve ser elaborado um plano de acção (vide aulas 7 a 10 da disciplina de Gestão e administração I) que sirva para os 3 a 6 meses seguintes.
- Os indicadores dos cartões de supervisão devem ser usados para esclarecer as metas com a equipa supervisionada. Exemplo: o período em que deve terminar a primeira actividade, o número ideal de medicamentos por cada receita, entre outros.
- O plano deve:
 - Cobrir todas as áreas fracas;
 - Indicar exactamente quem deve fazer o quê, como e a respectiva periodicidade;
 - Determinar as áreas que deverão merecer uma supervisão profunda ou outras actividades (ex: estágio na maternidade da US de referência, participação em seminários);
 - Determinar, de acordo com as áreas prioritárias, quem do consultivo distrital deverá participar em supervisões futuras, ou realizar outras actividades para a resolução dos problemas. Exemplo: maus resultados nos indicadores de exame físico, classificação e tratamento, deverão implicar a planificação de uma visita pelo MCD/director clínico. O técnico da área mais fraca deverá ser o chefe da visita seguinte, caso todas as áreas estejam fracas, o chefe deverá ser o DDS;

Para além destas actividades, a equipa de supervisores deve reunir-se na sede distrital e fazer uma análise mais profunda dos resultados de todas US do distrito, para:

- Identificar exactamente as áreas problemáticas comuns à todas US do distrito (nestes casos geralmente o problema é a nível superior). Um método simples para identificar os problemas comuns à todas US, consiste na elaboração de uma tabela com o resumo das pontuações em cada cartão. Veja abaixo:

Exemplo 1 (continuação):

Tabela 3: comparação do desempenho das US do distrito de Montepuez

Cartão	CS "A"	CS "B"	CS "C"	CS "D"	CS "N"	Total por indicador
1 – Pontualidade	0	+1	-1	+1	+1	+2
2 – Tempo de espera	0	+1	-1	+1	0	+1
3 – Exame físico	+1	0	-1	+1	0	+1
4 – Classificação	+1	0	0	0	0	+1
5 – Tratamento	+1	-1	0	0	+1	+1
6 – Prescrição racional	+1	-1	0	-1	0	-1
7 – Conselhos para casa	-1	-1	0	-1	-1	-4
8 – Formação contínua e ensino	-1	-1	-1	0	-1	-4
9 – Modelos	0	-1	+1	+1	0	+1
10 – Abordagem	0	0	+1	+1	0	+2

**Em negrito, as áreas mais problemáticas*

Após a elaboração da tabela e a identificação dos problemas comuns (pontuações negativas) à todas USs do distrito, a equipa deve:

- Reflectir sobre os possíveis factores comuns envolvidos nesses problemas;
- Discutir os problemas identificados nas reuniões do consultivo;

- Solicitar o apoio dos responsáveis provinciais dos principais problemas;
- Programar actividades de formação contínua, supervisões futuras e outras acções (ex: compra de papel para fotocopiar modelos) para solucionar os problemas;
- Contemplar o assunto nas metas distritais do plano de acção do ano seguinte.

Exemplos de problemas que devem ser resolvidos à níveis superiores (distrital, provincial ou nacional).

Exemplo 1: administração de tratamentos inapropriados em todas US, por falta dos medicamentos adequados à nível distrital, provincial ou nacional. Neste caso, a falta de medicamentos deve ser resolvida à níveis superiores.

Exemplo 2: mau preenchimento dos dados nos modelos em todas US, pode indicar que deve ser feita uma formação para capacitar o pessoal de saúde em matéria de gestão de dados da US.

3.4. Vantagens e desvantagens da Supervisão Rápida

Vantagens

As principais vantagens deste método de supervisão são:

- A avaliação é transparente e objectiva, independentemente do supervisor (excepto indicador 10);
- O desempenho desejável é explícito e as metas já estão definidas;
- Os resultados são divulgados imediatamente;
- O efectivo da US sabe onde está em relação ao ideal;
- O efectivo pode apreciar avanços concretos ou não;
- O responsável da US tem conhecimento da retro-informação a ser dada ao director distrital.

Desvantagens

- Outras actividades não estão abrangidas, em particular a área de Saúde da Comunidade;
- Depois de um período os cartões precisarão de ser actualizados, para aumentar o nível de exigência dos indicadores e consequentemente do desempenho dos profissionais de saúde. Sem a actualização periódica dos cartões, o crescimento gradual do desempenho dos funcionários após cada supervisão, irá parar.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

4.1 As principais etapas a serem cumpridas pelos supervisores após a recolha de dados são:

- Análise conjunta dos dados
- Divulgação/partilha das constatações
- Elaboração do plano de acção futuro com base nas constatações da supervisão.

4.2 Durante a análise conjunta dos dados, a equipa deve chegar a um consenso sobre o valor total a atribuir à US, elaborar a ficha de avaliação da US e gráficos.

4.3 Com base na informação contida na ficha de avaliação da US, e nos dados de supervisões anteriores, a equipa deve elaborar um gráfico da evolução do desempenho da Unidade Sanitária em comparação com períodos anteriores e com as outras USs do distrito.

4.4 Durante a partilha dos dados, o chefe da equipa supervisora reporta a informação, justificando-se com base em dados específicos e em evidências ou exemplos reais constatados, para facilitar a compreensão da equipa supervisionada.

4.5 O plano de acção é elaborado na US com apoio dos supervisores. Este deve:

- Cobrir todas as áreas fracas;
- Indicar exactamente quem deve fazer o quê, como, e a respectiva periodicidade;
- Determinar as áreas que deverão merecer uma supervisão profunda ou outras actividades;
- Determinar quem do consultivo distrital deverá participar em supervisões futuras, ou realizar outras actividades para a resolução dos problemas.

4.6 Na sede distrital, a equipa deve reunir-se para identificar as áreas problemáticas comuns à todas USs e avançar com acções para solucionar os problemas.

Disciplina	Gestão e Administração III	Nº da Aula	5
Tópico	Supervisão (Gestão) da US Periférica	Tipo	Teórica
Conteúdos	Supervisão Regular/Construtiva	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

- 1 Descrever a visita de supervisão regular.
- 2 Descrever as características de uma visita de supervisão regular.
- 3 Descrever as etapas da visita de supervisão regular.
- 4 Identificar os principais componentes do instrumento obrigatório de supervisão de Unidades Sanitárias periféricas: o “Guião para Supervisão de Centros de Saúde”.
- 5 Listar as actividades que devem ser realizadas antes da visita.
- 6 Descrever as actividades que devem ser realizadas depois da visita de supervisão, incluindo a elaboração de relatórios, a disseminação de resultados e a elaboração de planos para resolver problemas identificados e reforço dos pontos fortes.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Supervisão Regular		
3	Etapas da Supervisão Regular		
4	Guião de Supervisão do CS		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

1. Ministério de Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Recursos Humanos, Departamento de Formação. Guião para o gestor distrital de saúde, 2003.
2. Scuccato, R., Leopoldo da Costa, J, Mendes L. Guião para supervisão de Centros De Saúde: Manual de utilização. MISAU - Direcção dos Recursos Humanos – Departamento de Formação; 1997.
3. Direcção Provincial de Saúde da Zambézia, Guião do Supervisor, 1998
4. Ministério da Saúde, A Supervisão do Pessoal de Saúde a nível distrital, 1988

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1** Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2** Apresentação da estrutura da aula
- 1.3** Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: SUPERVISÃO REGULAR - GENERALIDADES

2.1 Generalidades

Conforme referido na aula 1, a visita de supervisão regular ou construtiva é aquela que se realiza quando se pretende fazer uma análise mais detalhada e completa sobre os vários assuntos da U.S., dando informação definitiva. Esta actividade é de extrema importância, pois permite que se faça a monitoria do desempenho dos serviços de saúde a nível distrital, garantindo que problemas pontuais que ocorram no decurso das actividades, sejam identificados e resolvidos atempadamente, sem prejuízo dos objectivos do plano de actividades anual.

Apresenta as seguintes características:

2.1.1. Periodicidade

Anualmente, devem ser realizadas 6 visitas (1 a cada 2 meses) de supervisão regular a cada US, contudo, devido à factores logísticos (recursos humanos, financeiros, materiais), na prática nem sempre é possível satisfazer esta recomendação.

2.1.2. Metodologia

Segundo as normas dos MISAU, a supervisão regular deve ser feita de forma integrada, o que significa que uma equipa de profissionais de diferentes áreas (administrativa, enfermagem, clínica, farmácia, etc) deve se deslocar à US em conjunto e realizar as actividades de supervisão. Conforme veremos abaixo, para que esta actividade seja racional e eficaz, deve ser previamente planificada e devidamente preparada.

2.1.3. Equipa de supervisores

Ao nível distrital, a equipa de supervisores deve ser formada pelo Director Distrital de Saúde, Médico Chefe/director clínico e pelos chefes dos programas ou sectores. Esta equipa não é fixa e dependendo das necessidades e prioridades pode ser alterada. Contudo, as áreas prioritárias (estatística, clínica, administrativa) devem ser sempre cobertas.

Uma prática que tem dado bons resultados, é a atribuição de responsabilidades sobre cada US à um supervisor distrital, que deverá segui-la de perto e ao mesmo tempo servir de elo de ligação entre esta e a Direção Distrital de Saúde.

2.1.4. Objectivos

A visita de supervisão regular é uma actividade rotineira que tem como principais objectivos, os seguintes:

- Monitoria do desempenho dos serviços de saúde ao nível do distrito;

- Exame detalhada de todos os programas ou sectores de saúde, segundo os padrões do MISAU;
- Identificação precoce e resolução atempada de problemas que surjam no decurso das actividades;
- Promoção do aperfeiçoamento sistemático dos trabalhadores através da formação no local de trabalho e da identificação dos trabalhadores que deverão beneficiar de formações adicionais;
- Garantia do cumprimento das actividades por parte do pessoal de saúde:
 - Aplicação de técnicas e normas de forma correcta;
 - Assistência clínica completa e com qualidade às utentes;
 - Cobertura das metas dos programas de saúde, segundo as determinações da DPS e do MISAU;
- Estimular a prática de uso racional de recursos (património, medicamentos, equipamento, etc) por parte do pessoal de saúde;
- Aumentar a satisfação dos clientes, melhorando a qualidade dos serviços prestados pelas US;
- Promover um bom relacionamento entre os profissionais de saúde da US e os da DDS;
- Auscultar a impressão da comunidade sobre o desempenho da US, e promover um bom relacionamento entre esta e os profissionais de saúde;
- Colheita de dados para formular projetos, programas e ações concretas para promover a saúde da comunidade.

BLOCO 3: ETAPAS DA SUPERVISÃO REGULAR

As etapas da supervisão regular, não se diferem das etapas básicas de qualquer supervisão, são essencialmente 3:

- Etapa de planificação e preparação
- Etapa de implementação
- Etapa de seguimento

A particularidade neste tipo de supervisão é que devido ao facto de ser uma actividade planificada e orçamentada no plano anual de actividades, a disponibilidade de recursos (tempo, humanos, financeiros) para a sua execução, é maior.

3.1 Etapa de Planificação e preparação

A supervisão de uma rede distrital deve ser planificada por períodos e visita por visita. Para tal, alguns passos devem ser cumpridos. São os seguintes:

- **Análise do desempenho de todas US do distrito:** para realizar esta actividade, a equipa deve:
 - Analisar os relatórios anuais (incluindo tabelas e gráficos comparativos) do distrito;
 - Analisar os relatórios de supervisões anteriores, de forma a conhecer os problemas previamente identificados e as medidas implementadas para a sua resolução;
 - Verificar os planos de acção: cumprimento ou incumprimento das metas por cada US, metas não cumpridas por todas US;
 - Rever dados demográficos com implicação nas taxas de cobertura (ex: se houve alteração do número de habitantes);
- **Identificação das necessidades/prioridades para a supervisão:**
 - Identificação de US e de áreas de desempenho problemáticas;

- Identificação de tendências (ex: distritos frequentemente envolvidos em epidemias de cólera);
- Listagem dos problemas prioritários (por cada US) e das respectivas recomendações para soluções.

As prioridades de supervisão em termos de US e de áreas de actividade, não são fixas, pelo que devem ser redefinidas periodicamente. Esta actividade, irá permitir uma alocação mais racional dos recursos, sobretudo quando estes são inferiores ao planificado.

- **Preparação de um programa de supervisão** - deve ser feito de acordo com as necessidades do distrito em geral, e de cada US individualmente. Inclui os seguintes passos:
 - Preparação do roteiro e do cronograma, de acordo com as prioridades;
 - Formação e preparação da equipa de supervisores;
 - Planificação da alocação de recursos (humanos, materiais, financeiros);
 - Preparação dos recursos logísticos (ex: transporte, guias de marcha, perdiem);
 - Preparação das fichas de supervisão;
 - Notificação das US que serão visitadas e envio do cronograma;
 - Nomeação de substitutos para os supervisores e redistribuição das suas tarefas pelos outros colegas, para não prejudicar as actividades na sede durante o período de supervisão.

3.2 Etapa de implementação - durante a fase de implementação os passos essenciais são:

- **Apresentação do propósito da visita:**
 - Apresentação da equipa, dos objectivos da visita, da agenda e da lista de actividades a serem realizadas durante a visita;
 - Apresentação da metodologia do trabalho que vai ser realizado;
- **Realização das actividades de supervisão:**
 - Observação das condições gerais da US: incluindo estado da infra-estrutura, higiene, arrumação, gestão do espaço, entre outros;
 - Observação dos recursos disponíveis na US: incluindo equipamento médico, material médico-cirúrgico, mobiliário, livros, entre outros;
 - Observação do pessoal de saúde no decurso da realização das suas tarefas e registo dos dados de acordo com as fichas ou guiões usadas (vide abaixo componentes do guião para supervisão dos centros de saúde);
 - Identificação do cumprimento ou não das normas, de pontos fortes e fracos.
 - Registo das tarefas cujo desempenho necessita de ser melhorado;
 - Recolha de informação adicional em falta, directamente dos registos da US;
- **Apoio durante a visita** - depende dos problemas identificados:
 - Apoio na realização de actividades da US sempre que necessário e possível durante a visita;
 - Formação em trabalho, através da demonstração e revisão das tarefas cujo desempenho do supervisionado necessita de melhoramento;
 - Revisão de assuntos teóricos quando necessário;

- Após a supervisão de cada área específica, discutir com o supervisionado aspectos positivos e negativos observados durante a visita;
- Revisão das recomendações deixadas no livro de supervisão da US durante a última visita e identificação dos problemas persistentes;
- **Divulgação/partilha dos resultados**
Obedece os mesmos princípios descritos na aula 4 para a supervisão rápida.
- **Elaboração do plano de acção da US**
Obedece os mesmos princípios descritos na aula 4 para a supervisão rápida.
- **Registo da informação no livro de supervisão.**

3.3 Etapa de Seguimento

Obedece os mesmos princípios descritos na aula 4 para a supervisão rápida

É importante enfatizar os seguintes pontos:

- A supervisão deve ser conduzida de forma padronizada, com recurso a fichas e guiões que permitam maior objectividade e que pessoas diferentes possam dar seguimento ao trabalho feito por outros. Alguns aspectos, no entanto, terão de ter uma observação subjectiva (ex: ambiente de trabalho entre o pessoal da US).
- Apenas em raros casos, a visita de supervisão deve ser feita de surpresa. O factor surpresa, pode ser usado quando se pretende dar seguimento a problemas específicos da US, como absentismo, falta de aprumo dos trabalhadores, desorganização grave dos serviços e outros problemas como alcoolismo e uso irracional dos recursos da US.
- Todas as US devem ter um livro de registo para supervisões, para que se possa fazer o seguimento das actividades. Este livro também servirá como fonte de consulta para os trabalhadores, uma vez que deverá conter as recomendações para a resolução dos problemas.
- Em cada visita, deve-se aproveitar para resolver problemas práticos da US. Por exemplo: transporte de um paciente em espera de ambulância, recolha de expediente.
- Nunca se deve perder a oportunidade de prestar apoio logístico à US durante a supervisão. Por exemplo: na ida a equipa poderá levar o kit de medicamentos, alimentos para os doentes e outros insumos.
- Deve-se evitar as visitas relâmpago, muito curtas, em que não há tempo prestar apoio ao pessoal de saúde. O tempo a despendar em cada US não deverá ser inferior a 2-3 horas, e as USs com mais problemas ou que não são visitadas há muito tempo, deverão merecer maior atenção.

BLOCO 3: GUIÃO DE SUPERVISÃO DO CS

O guião de supervisão do centro de saúde é um instrumento composto por 12 fichas, sendo que cada ficha diz respeito à um tópico específico.

As fichas apresentam a descrição dos critérios a serem avaliados para a colheita de dados. Com base nos dados obtidos, a equipa de supervisores deverá identificar pontos fortes e fracos a nível do desempenho da US. Abaixo, a listagem dos critérios a avaliar por cada ficha:

- **Ficha 1 - Área de localização do Centro de Saúde em relação à US de referência.** Devem ser analisados os seguintes critérios:
 - Distância entre a US e a sede?

- População teórica servida pela US?
- Nº de escolas e de alunos na escola primária?
- Existência de transporte colectivo?
- População estimada vivendo no raio < 10 km?
- Quem utiliza o centro de saúde?
- Categoria profissional do responsável do CS?
- O responsável de saúde conhece a população da sua área de saúde?
- Quem é o supervisor responsável pelo CS?

- **Ficha 2 – Recursos e Organização**

- Tipo de edifício?
- Abastecimento de água, saneamento do meio e biossegurança (para trabalhadores e público)?
- Existência de incinerador e de aterros sanitários?
- Existência de residência para os trabalhadores?
- Ligação à rede de energia?
- Existência de geleira do PAV?
- Existência de maternidade?
- Como é feita a esterilização?
- Há meio de transporte (motorizadas, bicicleta) para o responsável?
- Como é o abastecimento de medicamentos?
- Pessoal em serviço (equipa de saúde)?
- Apoio de ONGs?
- Actividades que o CS desenvolve?
- Há integração das actividades?
- Há absentismo? O CS funciona com regularidade?
- A informação relativa ao CS existe e está devidamente organizada?

- **Ficha 3 – PAV**

- A temperatura da geleira é adequada?
- A arrumação das vacinas está correcta?
- Há combustível em stock?
- Qual é o volume de actividade do posto fixo de vacinação (do CS)?
- Há disponibilidade de meios de transporte para PAV?
- As brigadas móveis da sede deixam informação no CS?

- **Ficha 4: SMI**

- CPN:
 - Avaliação da parturiente (anamnese e exame físico)
 - Despiste de ARO
 - Aconselhamento individual e colectivo
- Planeamento familiar:
 - Aconselhamento
 - Preenchimento dos modelos

- **Ficha 5 - Tuberculose e Lepra e outras endemias**

- Há doentes com tuberculose ou lepra seguidos no CS?

- O CS é visitado periodicamente pelo responsável de Tuberculose e lepra?
 - Há preservativos masculinos disponíveis para o público?
 - Há material educativo para SIDAe outras de DTS?
 - O pessoal protege-se com luvas?
 - Qual é a percentagem de BES enviados à sede?
- **Ficha 6 – Atendimento externo**
 - N° de consultas?
 - Indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos (mesmos princípios descritos para supervisão rápida)?
 - Letra de pessoal não autorizado no registo?
 - Preenchimento do registo com qualidade?
 - Existência de livros/manuais para consulta em caso de necessidade?
 - Existência de protocolos de tratamento?
 - Existência de balança para pesagem dos doentes?
 - Existência de medicamentos para atendimento urgente e para prescrição?
 - Percentagem de cobranças entregues à DDS sobre o total esperado?
 - Comparação da cobrança declarada com a entregue a DDS
- **Ficha 7 – Maternidade (aplicável para os CS com maternidade)**
 - Número de partos?
 - Ocorrência de óbitos maternos?
 - Taxa de natimortalidade geral?
 - Ocorrência de focos perdidos intra-parto?
 - Preenchimento do livro de parto?
 - Existência de rotinas ou protocolos afixados?
 - Existência de equipamento básico para atendimento ao parto?
 - Medicamentos e outros itens para a sala de partos?
 - Condições de acomodação das puérperas?
- **Ficha 8 – Referência para nível superior**
 - Estudo da referência (n° de casos, causas mais frequentes)
 - Proporção de referências dos casos atendidos?
- **Fica 9 – Farmácia, Programa de Medicamentos Essenciais (PME), restante aprovisionamento**
 - Acumulação de medicamentos?
 - Conservação dos medicamentos
 - Existência do FNM?
 - Existência de medicamentos fora do prazo ou do nível de prescrição?
 - Existência de guias de remessa dos medicamentos enviados pela sede?
 - O stock existente é compatível com os gastos documentados?
 - Os gastos declarados são compatíveis com o movimento?
 - Receitas da farmácia
- **Ficha 10 – Supervisão**
 - Existência de um livro de supervisão?

- Existência de um calendário de visitas de supervisão enviado pela sede?
- Nº de visitas recebidas nos últimos 4 meses?
- Qualidade das supervisões anteriores recebidas (avalia-se pelo relatório deixado pela equipa e registos no livro de supervisão)
- Registo da última supervisão efectuada?
- Participação do responsável do PS em actividades de formação contínua?

- **Ficha 11 – Relacionamento com a comunidade**

- A comunidade apoia o CS?
- Há Agentes Comunitários de Saúde (APEs, parteiras tradicionais, socorristas) activos na área de saúde?
- Há contacto com os praticantes de Medicina Tradicional?

- **Ficha 12 – Cálculo das actividades do CS em unidades de atendimento (UA)**

Nota: os critérios acima listados não precisam de ser memorizados pelo aluno. Na prática, os supervisores devem rever o guião na véspera da supervisão e levar sempre uma cópia par consulta.

BLOCO 5: PONTOS - CHAVE

- 5.1** Segundo as normas dos MISAU, a supervisão regular deve ser feita de forma integrada.
- 5.2** Ao nível distrital, a equipa de supervisores deve ser formada pelo DDS, Médico Chefe/director clínico e pelos chefes dos programas ou sectores (administrativa, enfermagem, clinica, farmácia etc.)
- 5.3** Esta equipa pode ser alterada dependendo das necessidades e prioridades da visita.
- 5.4** Os objectivos da supervisão regular incluem:
 - 5.4.1** Monitoria do desempenho dos serviços de saúde,
 - 5.4.2** Identificação precoce e resolução atempada de problemas
 - 5.4.3** Prestação de apoio ao pessoal;
- 5.5** Para que uma supervisão seja efectiva, as suas 3 etapas (planificação, implementação e seguimento) devem ser cumpridas;
- 5.6** Todas as US devem ter um livro de registo para supervisões, de forma a que se possa fazer o seguimento das actividades. Este livro também servirá como fonte consulta para os trabalhadores, uma vez que deverá conter as recomendações para a resolução dos problemas;
- 5.7** Nunca se deve perder a oportunidade para prestar apoio logístico e para resolver problemas práticos da US, durante a supervisão.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração III	Nº da Aula	6
Tópico	Sistema de Informação de Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Sistema de Informação de Saúde – Parte 1	Duração	1h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

- 1 Descrever os Sistemas de Informação de saúde e explicar em linhas gerais os propósitos e objectivos.
- 2 Descrever as normas que definem quem, como e quando se devem realizar as várias actividades do SIS e qual é a periodicidade do envio e do fluxo.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	O SIS		
3	Composição, Normas e Fluxo de informação		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

1. MISAU, O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E SEU PAPEL NA GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE, ABRIL DE 2004
2. MISAU, PLANO ESTRATÉGICO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE 2009 – 2014

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: O SIS

2.1 Introdução

Em cada Serviço Nacional de Saúde (SNS), existe um sistema organizado de recolha de informação, a que podemos chamar de informação estatística de base, que depois de recolhida tem de ser compilada, tratada, validada, analisada e interpretada, para que possa ter utilidade na gestão e planificação sanitárias. Estas informações podem ser obtidas através de diferentes fontes como:

- Sistemas de informação para saúde (SIS)
- Visitas de supervisão
- Inquéritos

Destas fontes, o SIS é o que fornece maior parte das informações necessárias de forma sistemática, isto é, com regularidade e de todas as unidades sanitárias.

2.2 Definição

O Sistema de Informação de Saúde (SIS) é **um conjunto de instrumentos, normas e actividades relacionados entre si e que produz informação útil para a tomada de decisões na área de saúde.**

2.3 Visão e Missão do SIS

2.3.1. Visão do SIS

O SIS visa ser a principal referência estatística do sector de saúde e contribuir para a promoção da saúde e do bem-estar dos moçambicanos com informação fiável, completa, atempada, útil para todos os intervenientes.

2.3.2. Missão do SIS

É missão do SIS produzir, elaborar e disseminar informação para:

- A tomada de decisões dos gestores do SNS a todos os níveis;
- A planificação de recursos com base na evidência;
- Vigiar epidemias e doenças e medir o estado de saúde da população;
- Apoio à pesquisa e
- Prestação de contas à comunidade nacional e internacional.

2.4 Objectivo e Propósitos

Tem como objectivos:

- Permitir que os trabalhadores de saúde (e outros) possam tomar as melhores decisões possíveis de acordo com suas responsabilidades
- Apoiar na definição dos objectivos, distribuição dos recursos, programação e implementação das actividades.
- Permitir a avaliação das decisões tomadas através do processo de monitoria/avaliação.

O SIS apoia esta acção porque a informação recolhida ilustra as mudanças nas condições de saúde, no estado de saúde e nas prioridades de saúde

Portanto, o propósito de um SIS é duplo:

- Apoio operacional: facilitar as operações quotidianas dos cuidadores de saúde e fornecer melhor serviço aos utentes
- Apoio em gestão: tornar os serviços de saúde mais efectivos através da melhoria do processo de planificação, uso mais eficiente dos recursos e sistemática monitoria e avaliação da cobertura e qualidade dos serviços de saúde fornecidos.

O SIS é um instrumento orientado para acção! Apoia a definição dos objectivos, a distribuição dos recursos, a programação, implementação, monitoria e avaliação das actividades.

BLOCO 3: COMPOSIÇÃO, NORMAS E FLUXO DE INFORMAÇÃO

3.1 Composição do SIS

O SIS é composto por um conjunto de pessoas, meios e métodos organizados, para fornecer os dados necessários e informações para a tomada de decisão!

3.1.1. Pessoas

As pessoas referidas, são os profissionais de saúde, desde geradores até utilizadores de informação (o pessoal que regista a chegada dos utentes, enfermeiros, técnicos de medicina curativa e preventiva, médicos).

3.1.2. Meios

Os meios do SIS são os instrumentos a serem usados: livros e impressos de registo, assim como os impressos dos resumos mensais, trimestrais, semestrais e anuais das Unidades Sanitárias (US), Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) e das Direcções Provinciais de Saúde (DPS).

Exemplo de meios:

- Livros de registo da maternidade
- Resumo mensal dos hospitais (Mod SIS DO3, DO4)
- Resumo trimestral da Tuberculose

3.1.3. Métodos organizados

Os métodos organizados são as normas do SIS, em que se definem que dados se devem registar, como se devem registar e recolher as diferentes actividades do SIS, quem deve realizar estas actividades, quando fazer as actividades, qual a periodicidade das actividades, para onde se enviam os resumos, qual a lista de indicadores que é preciso calcular.

Por exemplo: o *Boletim Epidemiológico Semanal (BES)*:

Que dados se devem registar?

As doenças de notificação obrigatória, como malária, sarampo, diarreias, disenteria, cólera, raiva, entre outras.

Como se devem registar?

Colocando “traços” nos espaços correspondentes a cada doença e efectuar o somatório diário.

Como se devem recolher?

Através de contagem de número de casos e óbitos diários, e somatório semanal

Quem deve realizar esta actividade?

O clínico e responsável de saúde da comunidade

Quando fazer a actividade?

Diariamente através da ficha de contagem de casos e óbitos

Qual a periodicidade?

Semanal

Para onde enviar?

As US enviam para os SDSMAS, que por sua vez enviam para a DPS, que por sua vez enviam ao MISAU

Que indicadores é preciso calcular?

Taxa de incidência, Taxa de letalidade para as diferentes doenças.

Portanto, para cada instrumento do SIS, existem normas claras e organizadas para o seu preenchimento e envio.

3.2 Fluxo de Informação

Fluxo de informação refere-se a forma como a informação é criada e movimentada desde os níveis periféricos até ao nível de tomada de decisão. No SNS este fluxo é vertical (partindo da US até ao MISAU). Deste modo, o fluxo de informação segue o seguinte trajeto:

- As US's registam, recolhem, processam e analisam os dados relativos aos seus serviços e programas, e enviam ao SDSMAS
- O SDSMAS recolhe e processa os dados ao nível da sua área de saúde e remete os relatórios compilados ao nível provincial
- A DPS agrega os dados dos SDSMAS, analisa e envia os relatórios ao MISAU
- O MISAU processa, analisa e divulga os dados provinciais

O importante é que os dados sejam analisados em tempo útil para a tomada de decisões, e não necessariamente tem de ser analisada ao nível provincial ou central. Mesmo ao nível dos SDSMAS e US podem ser analisados para a tomada de decisão. Se isto ocorrer, poder-se-á detectar precocemente surtos ou epidemias e traçar acções para a sua prevenção ou mitigação de seus efeitos.

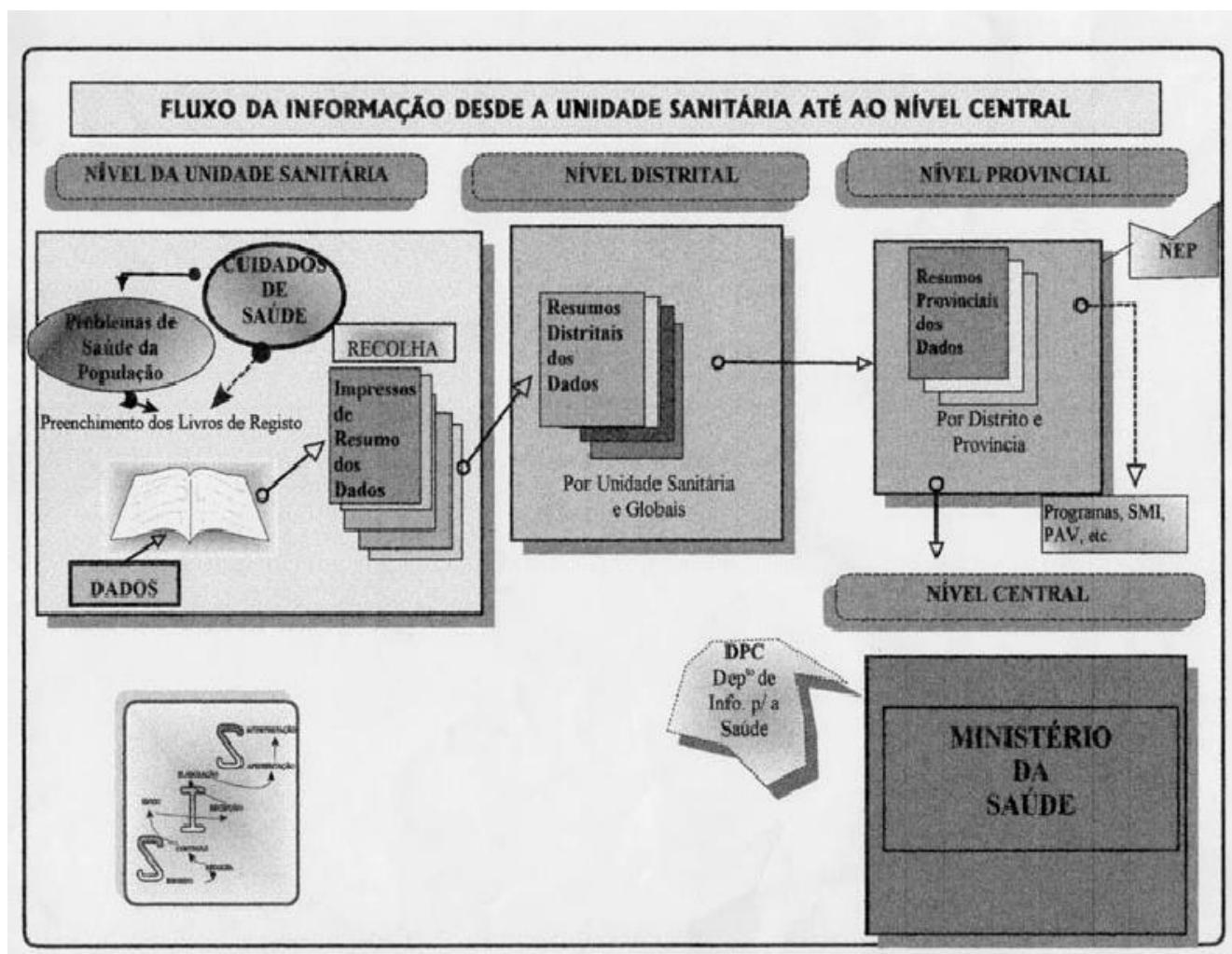


Figura 1: Fluxo de Informação do SIS

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1.** O SIS é um conjunto de instrumentos, normas e actividades relacionados entre si, que produz informação útil para a tomada de decisões na área de saúde.
- 4.2.** Todos os trabalhadores da saúde contribuem para o funcionamento do SIS registando diferentes tipos de dados durante a realização das suas funções nos Centros e Postos de Saúde.
- 4.3.** O SIS é um instrumento orientado para acção! Apoia a definição dos objectivos, a distribuição dos recursos, a programação, implementação, monitoria e avaliação das actividades.
- 4.4.** A recolha de dados até a tomada de decisão deve obedecer o fluxo de Informação

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração III	Nº da Aula	7
Tópico	Sistema de Informação de Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Sistema de Informação de Saúde – Parte 2	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever as actividades principais do SIS, incluindo registo, recolha, elaboração, apresentação, interpretação e utilização dos dados.
2. Descrever as principais considerações no controlo de qualidade do SIS.
3. Identificar todos os registos que alimentam o “Pacote Básico” do SIS.
4. Arquivar correctamente os vários processos e fichas que alimentam o SIS.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Actividades e Controlo de Qualidade do SIS		
3	O Pacote Básico do SIS		
4	Arquivo SIS		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

1. MISAU, MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA O SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE - 2009
2. MISAU, O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E SEU PAPEL NA GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE, ABRIL DE 2004
3. MISAU, PLANO ESTRATÉGICO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE 2009 – 2014

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: ACTIVIDADES E CONTROLO DE QUALIDADE DO SIS

2.1 Actividades do SIS

Para compreender as actividades do SIS, devemos sempre lembrar a sua Visão, Missão e Objectivos (vide aula anterior). Aqui apresentaremos esquematicamente para que tal percepção seja o mais fácil possível.

As actividades do SIS são:

- Registo
- Recolha
- Elaboração
- Apresentação
- Interpretação
- Envio
- Recepção
- Tomada de decisões
- Controlo de qualidade
- Retroinformação

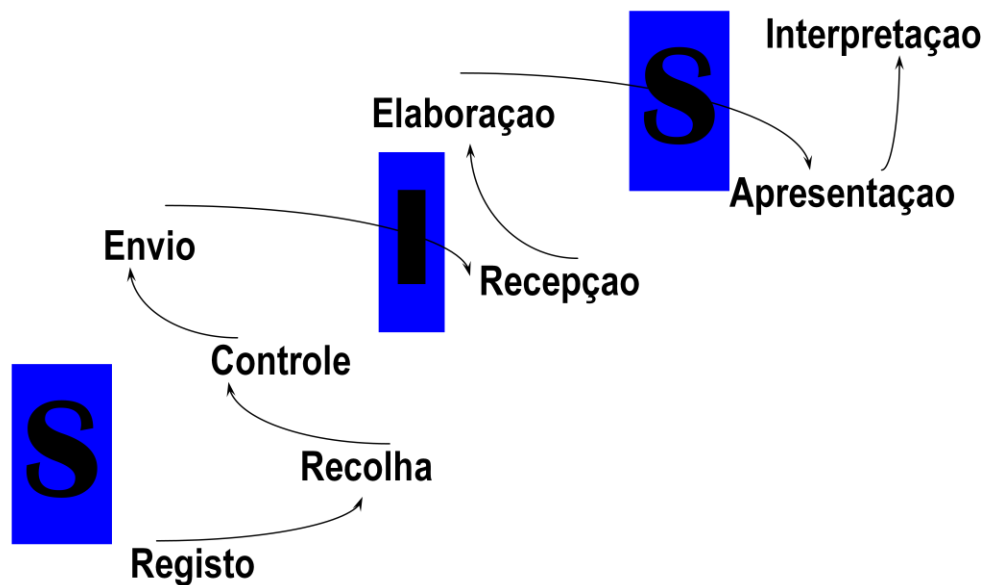


Figura 1: Actividades do SIS

A seguir apresenta-se o ciclo de informação, que em conjunto com o fluxo de informação devem nortear o SIS.

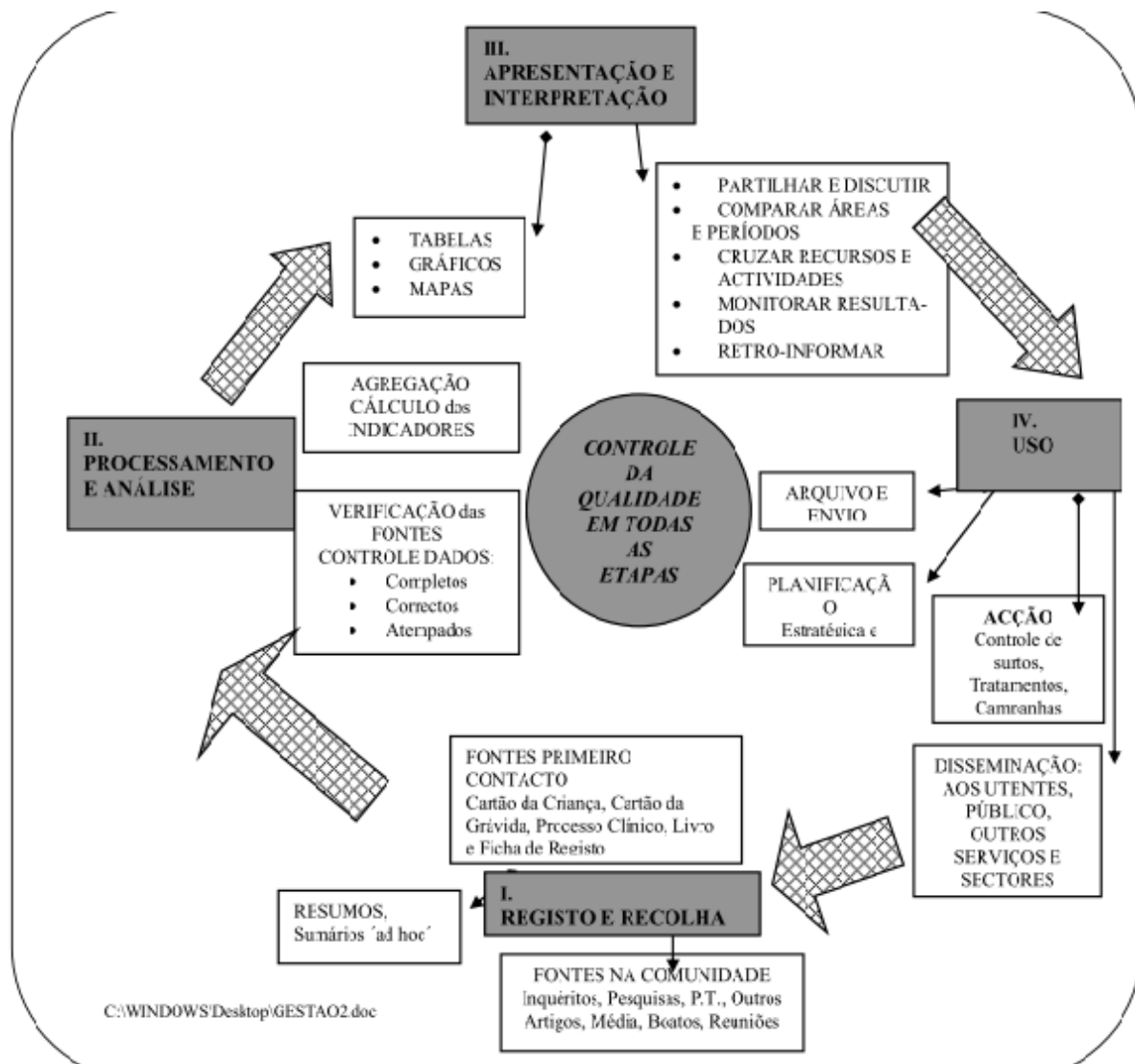


Figura 2: Ciclo de Informação

2.1.1 Registo

Consiste em tomar nota num impresso ou livro previamente estabelecido.

Exemplo: registar numa ficha diária própria a administração da vacina contra o tétano ou registar no livro da tuberculose um caso novo diagnosticado.

2.1.2 Recolha

É o acto de transferir os dados dos livros ou impressos de registo diário para o impresso de resumo (semanal, mensal, trimestral). Este processo permite organizar com certa periodicidade os dados em grandes categorias.

Exemplo: em cada mês são recolhidos do registo da maternidade, os seguintes dados: o número total de partos, o número total de nascimentos e o número total de nados mortos.

2.1.3 Elaboração

Consiste no agrupamento de dados para transformá-los em informações e indicadores.

2.1.4 Apresentação

Consiste na organização da informação em tabelas e gráficos. Desta forma, torna-se simples a análise e interpretação das informações.

2.1.5 Interpretação

Consiste na individualização dos factores que determinam certa realidade e na compressão de como os vários factores estão correlacionados. Em outras palavras, é a tentativa de explicar as causas que provocam um fenómeno ou situação determinada. Na prática consiste em responder as seguintes perguntas:

- Porquê há mais nados mortos na localidade A em relação a localidade B
- Porquê há maior taxa de letalidade na enfermaria de medicina no 2º trimestre em relação ao 1º trimestre?
- Qual será a causa provável disto?
- Quando isso começou a acontecer?
- Onde isso aconteceu mais?
- Quem está de serviço quando isto acontece?

Assim como muitas outras perguntas similares. Saber interpretar é a condição indispensável para poder escolher medidas correctivas adequadas. Para interpretar, comparamos indicadores similares de um período com outro, e associamos a nossa experiência de trabalho e consultamos ao pessoal de saúde experiente que nos possa ajudar na interpretação do fenómeno.

2.1.6 Envio

Consiste na transmissão dos impressos resumos/informação para o nível superior (vide fluxo de informação) dentro dos prazos estipulados. Não basta enviar sem respeitar os prazos, pois poderá haver interpretação errónea da informação. Por exemplo: se o envio do BES é semanal, deve-se cumprir esta periodicidade. Ao se enviar tardiamente, incorre-se ao risco de não se aperceber de um surto que esteja a ocorrer na sua área de saúde e consequentemente de não se tomarem medidas atempadamente!

2.1.7 Recepção

É o acto de receber, numa instituição do SNS, os impressos enviados. A recepção deve ser controlada, efectuando-se o registo da recepção.

2.1.8 Tomada de decisões

O objectivo final da recolha de dados é transformá-los em indicadores úteis que possam ser utilizados para a tomada de decisões racionais e informadas (sejam elas decisões técnicas, logísticas ou estratégicas). Esta actividade, não é específica do SIS, mas é importante para o SIS, pois toda a informação gerada só é útil se for usada na planificação, gestão, implementação e avaliação de programas de saúde.

O sucesso de um SIS mede-se mais pelas decisões e acções influenciadas pela informação do que através da qualidade e quantidade de dados por ele produzidos.

2.1.9 Controlo de Qualidade

Consiste em verificar se nos resumos que chegaram dos níveis inferiores os dados são completos, correctos e atempados.

Esta actividade deve ser aplicada a todas as actividades do SIS e de uma forma rotineira pelos trabalhadores que registam, recolhem, enviam e recebem os dados.

Exemplo: existe alguma diferença entre os dados registados num Livro de Registo (*ex.: número de nados-vivos registados no Livro de Registo da Maternidade durante um mês*) e os dados recolhidos no respectivo resumo (*número de nados-vivos recolhidos no resumo da maternidade do mesmo mês*).

2.1.10 Retroinformação

Uma das formas mais importantes de divulgação de dados e indicadores de saúde é a retroinformação. Portanto, há retroinformação quando os escalões superiores de hierarquia sanitária devolvem a informação já trabalhada, analisada e interpretada aos níveis inferiores, onde foi originalmente gerada, incluindo com decisões a serem levadas a cabo.

BLOCO 3: O PACOTE BÁSICO DO SIS

O MISAU tem apoiado, desde 2003, o desenvolvimento, a utilização e o aperfeiçoamento de um sistema de recolha, transferência e gestão de rotina de informações sanitárias, para efeitos de acompanhamento e avaliação de programas, denominado Módulo Básico-SIS. A actual versão do aplicativo de dados agregados abrange os níveis primário e secundário do Sistema de Saúde e permite obter informações sobre o tipo e volume de actividades/serviços prestados.

3.1 Descrição e Análise

Um dos instrumentos chave do SIS é um aplicativo electrónico de agregação e reportagem dos dados de rotina, designado por Módulo Básico (figura 3). O Módulo Básico (MB) é um simples instrumento de automatização e agregação dos dados das fichas em papel e, funciona com apoio do pessoal devidamente capacitado.

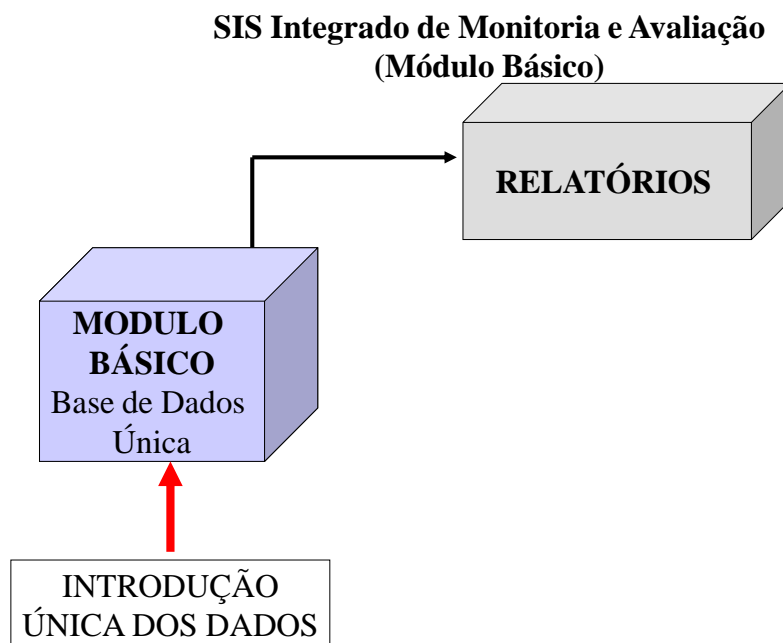


Figura 3: Esquema de funcionamento do Módulo Básico

Para o funcionamento adequado do MB é necessário que ao nível dos SDSMAS tenham acesso a energia, computadores, antivírus e internet.

3.2 Características do Modulo Básico (MB)

As características do MB são:

- Base de dados utilizável a partir dos distritos
- Agregação dos dados a partir das unidades sanitárias
- Funções de base de dados integrada a todos os níveis
- Baixo nível de complexidade
- Todos dados guardados numa única base de dados
- Análise de todos os indicadores (níveis e períodos diferentes).
- Possibilidade de criar grupos de unidades sanitárias para produzir dados agregados (ou analisar indicadores) por grupos específicos.
- Exportação e Importação de dados entre computadores para níveis diferentes (distrito/província/central) em períodos diferentes.
- Exportação automática dos dados
- Exportação dos dados para formato Excel

3.3 Propósito do MB

O MB tem como propósito:

- Simplificar os impressos e os livros de registo e eliminar as duplicações dos dados;
- Reduzir a quantidade dos dados a ser registados e recolhidos;
- Fazer com que os dados possam e devem ser transformados em informações e estas serem interpretadas e utilizadas;
- Reduzir progressivamente, em correspondência a cada nível, a quantidade de dados enviados para os níveis superiores;

3.4 Fichas do MB SIS

O Módulo Básico usa 15 fichas diferentes, que representam programas verticais específicos ou áreas de serviço, nomeadamente:

1. A03 - RESUMO MENSAL DO PAV PARA UNIDADES SANITÁRIAS
2. A04 - RESUMO MENSAL DO PAV PARA DISTRITOS
3. A11 - CONTROLO DO MOVIMENTO MENSAL DAS VACINAS
4. B04 - RESUMO MENSAL DE SMI/VIGILÂNCIA NUTRICIONAL PARA UNIDADES SANITÁRIAS
5. B05 - CONTROLE DE STOCKS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
6. B06 - RESUMO MENSAL DISTRITAL - SMI, CONSULTAS 0-4 / VIGILÂNCIA NUTRICIONAL
7. B07 - RESUMO MENSAL DISTRITAL DAS MATERNIDADES E PARTEIRAS TRADICIONAIS
8. B08 - RESUMO MENSAL DISTRITAL - SMI CONSULTAS PRÉ-NATAIS / PÓST-PARTO / PF
9. C04 - RESUMO MENSAL DE CONSULTAS EXTERNAS E DO STOCK DE MEDICAMENTOS KIT "A" – CENTROS DE SAÚDE
10. C05 - RESUMO MENSAL DE CONSULTAS EXTERNAS E STOCK DE MEDICAMENTOS KIT "B" POSTOS DE SAÚDE
11. D03 - RESUMO MENSAL DE INTERNAMENTOS PARA CENTROS E POSTOS DE SAÚDE
12. D04 - RESUMO DE INTERNAMENTOS PARA HOSPITAIS DISTRITAIS, RURAIS, GERAIS
13. E02 - RESUMO MENSAL DO SERVIÇO DE LABORATÓRIO PARA UNIDADES SANITÁRIAS DE NÍVEL PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO
14. G02 - RESUMO MENSAL DO SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA DE NÍVEL PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO
15. I02 - RESUMO TRIMESTRAL DA ELAL PARA DISTRITOS

A maior parte das ferramentas de recolha de informação a nível do paciente é ainda em papel. Os dados correspondentes aos indicadores são agregados e reportados numa ficha (o Resumo Mensal). As fichas são enviadas das unidades sanitárias aos SDSMAS, através do fluxo nacional de informação de saúde do MB (vide a Figura 4).

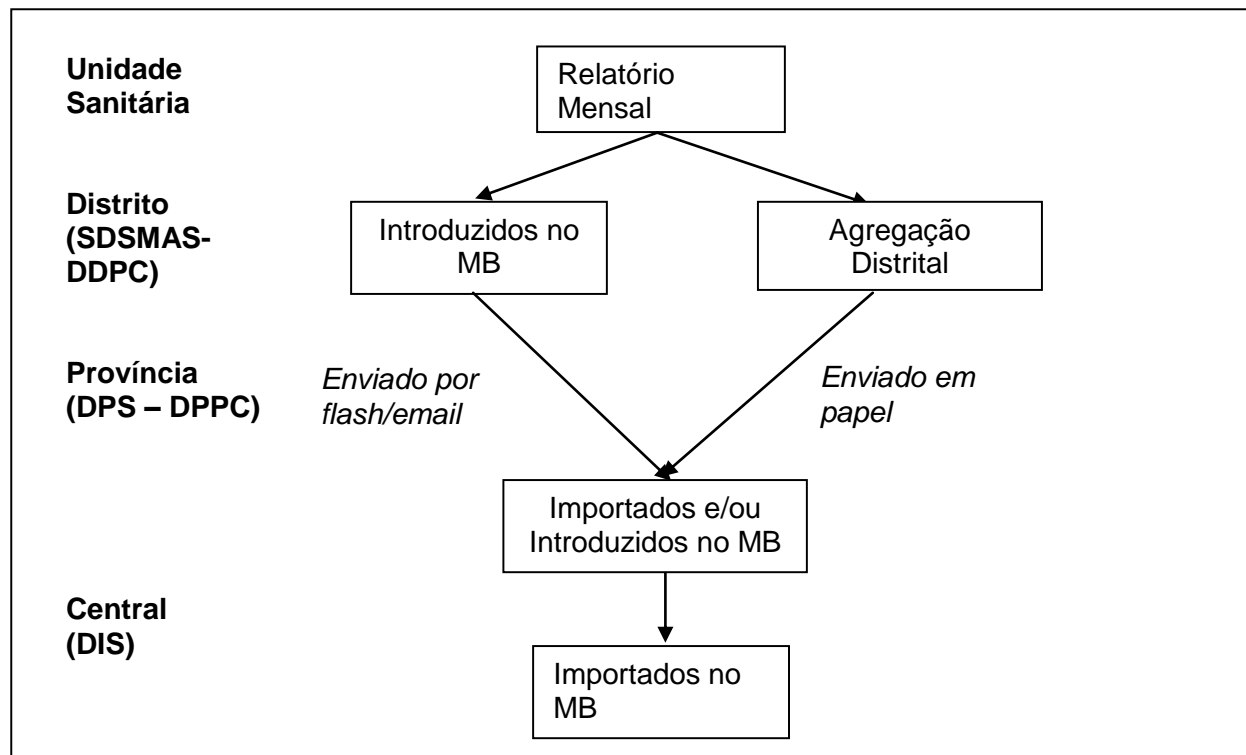


Figura 4: Fluxo de Informação de saúde e no MB

Normalmente, as fichas com dados agregados das Unidades Sanitárias (os Resumos Mensais) são transferidas para os SDSMAS, onde são introduzidas no Módulo Básico. De seguida, as fichas em papel e, uma cópia electrónica dos dados introduzidos, são transferidos para a DPS. Em muitos casos, onde os dados não podem ser lançados por via electrónica a nível distrital, a introdução é efectuada no escritório provincial. Os dados relativos a toda a província são transmitidos ao Departamento de Informação de Saúde (DIS) do MISAU a nível central, e armazenados numa única base de dados.

A responsabilidade global para o controlo da chegada dos impressos - resumos e relatórios, não duplicação de dados e o controlo de qualidade, ao nível do SDSMAS é efectuada pelo Núcleo de Estatística e Planificação distrital (NEPD); ao nível provincial pelo Departamento Provincial de Planificação e Cooperação (DPPC) e, ao nível central pelo Departamento de Informação de Saúde (DIS)

BLOCO 4: ARQUIVO SIS

O SIS preocupa-se com dados de rotina, que são registados permanentemente através dos serviços de Saúde de todos os níveis.

Os impressos enviados para o nível superior devem ser guardados com cuidado e de forma organizada.

4.1. Como organizar o arquivo do SIS?

Entende-se por arquivo do SIS as pastas onde ficam os resumos do SIS, ordenados com cuidado e de forma organizada:

- Segundo as US's
- Segundo o programa (SMI, PAV, PME)
- Segundo o serviço (Consulta Externa, Laboratório, etc.) e
- Segundo a sequência temporal (Janeiro, Fevereiro, Março, etc).

Deve-se evitar a todo o custo que as pastas de arquivo do SIS sejam uma mera acumulação de papéis. Elas devem apresentar a informação de forma organizada. Por isso, os critérios mínimos de organização das pastas do arquivo do SIS incluem:

- *Uma etiqueta* que identifique o conteúdo de cada pasta:
 - ✓ Tipo (s) de documento (s);
 - ✓ Período (s) do arquivo (por regra 1 pasta deve corresponder a 1 ano);
- *Divisórias*, caso as pastas contenham mais de um tipo de documento (exemplo, guias de remessa da Repartição de Estatística e Planificação para os SDSMAS e/ou para o MISAU; ou por períodos: I, II, III trimestre etc.);

Nota: Dentro de cada divisória os documentos devem estar ordenados de forma que o documento mais recente esteja em cima e o mais antigo em baixo. No caso de o arquivo ser organizado por 'distrito' é mais conveniente que estes estejam ordenados por ordem alfabética.

- *Um índice* dos documentos contidos.

Um arquivo deve ser um órgão flexível, que facilite a localização do expediente com a maior rapidez possível. Por isso, o arquivo do SIS deve estar permanentemente actualizado.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1. O registo é a primeira etapa das actividades do SIS.
- 5.2. O controlo de qualidade é uma etapa central a todas as actividades do SIS
- 5.3. O módulo básico é um aplicativo electrónico de agregação e reportagem dos dados de rotina com o propósito de simplificar o registo e recolha de dados e permitir uma facilidade de transformações desses dados em informação para tomada de decisão.
- 5.4. Os impressos do SIS devem ser guardados com cuidado, de forma organizada e flexível.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração III	Nº da Aula	8
Tópico	Sistema de Informação de Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Sistema de Informação de Saúde – Parte 3	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir e interpretar os seguintes indicadores derivados do recenseamento e dos inquéritos:
 - a) Taxa bruta de mortalidade;
 - b) Taxa de mortalidade infantil;
 - c) Taxa bruta de natalidade;
 - d) Taxa de prevalência de infecção por tuberculose;
 - e) Taxa de seroprevalência do vírus HIV.
2. Definir, interpretar e calcular os indicadores chave do SIS.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Indicadores do Recenseamento e Inquéritos		
3	Indicadores Chave do SIS		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

1. MISAU, O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E SEU PAPEL NA GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE, ABRIL DE 2004
2. MISAU, PLANO ESTRATÉGICO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE 2009 – 2014
3. Carlos Arnaldo, Apontamentos de Demografia e Saúde
4. MISAU, INSIDA 2009
5. MISAU, RVE 2007
6. MISAU, Guião para o Gestor Distrital de Saúde: Gestão de Programas de Saúde, módulo 4, 2003
7. MISAU, Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para Saúde, 1991

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: INDICADORES DE RECENSEAMENTO E INQUÉRITOS

2.1 Definições

Segundo as Nações Unidas (1958), o recenseamento ou censo populacional é um processo total de recolha, processamento, avaliação, análise e divulgação de dados demográficos, económicos e sociais referentes a todas as pessoas dentro de um país ou de uma parte bem definida de um país num momento específico.

O inquérito é uma operação que interroga uma parte da população – a amostra. A diferença entre o censo e inquérito é que o censo tem cobertura nacional e o inquérito cobre só uma parte da população.

Antes de apresentar os indicadores relativos aos programas de saúde, devemos primeiro compreender o que é um indicador e para que serve.

Indicador – é uma variável que mede um processo. Assim, indicador de saúde é uma variável que nos permite medir alterações do estado ou situação de saúde de uma população ou de uma comunidade. No sector de saúde, os indicadores são usados para diagnosticar a existência de problemas, monitorar e avaliar programas.

2.2 Indicadores do censo e inquéritos

Por exemplo:

Indicadores que derivam do recenseamento são os seguintes:

- _ Taxa bruta de mortalidade;
- _ Taxa bruta de natalidade;
- _ Taxa de mortalidade infantil
- _ Taxa de crescimento natural da população;
- _ Taxa de mortalidade entre crianças 0-4 anos;
- _ Taxa de mortalidade materna.

Indicadores que derivam de inquéritos na comunidade são os seguintes:

- _ Taxa de prevalência de infecção por tuberculose;
- _ Taxa de seroprevalência do vírus HIV;
- _ Taxa de seroprevalência do vírus da hepatite B;
- _ Taxa de prevalência de sequelas de poliomielite.

2.2.1 Taxa Bruta de Mortalidade (TBM)

Expresso o número de óbitos ocorridos durante um período, geralmente um ano, dividido pela população exposta ao risco de morrer (população total a meio do ano).

$$TBM = \frac{\text{Óbitos}}{\text{População Total } \frac{1}{2} \text{ Ano}} \times 1000$$

A TBM é um indicador grosseiro porque ela reflecte não só as condições médico-sanitárias do momento, mas também é resultado da estrutura etária da população. A TBM pode ser útil para quantificar o grau em que o crescimento de uma população é atrasado pelo volume da mortalidade, mas não deve ser usada para comparar os níveis de saúde e bem-estar das populações, salvo se as populações têm a mesma estrutura etária (por exemplo: população do distrito A e distrito B dentro do mesmo país).

Exemplo: A população de um país a meio do ano é de 6000 habitantes. O número de óbitos ocorridos nesse ano foi de 200 óbitos. A TBM será de $200:6000 \times 1000 = 33.3$ óbitos por 1000 habitantes.

2.2.2 Taxa de Mortalidade Infantil

A mortalidade infantil ou a mortalidade no primeiro ano de vida é medida através da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), que relaciona o número de óbitos ocorridos em crianças menores de um ano e o número total de nascimentos ocorridos.

$$TMI = \frac{\text{Óbitos} < 1 \text{ ano}}{N^{\circ} \text{ Nascimentos Ocorridos}} \times 1000$$

Pelo facto de não usar a população a meio do ano como denominador, a TMI expressa a probabilidade de morte. A população menor de um ano é um dos grupos mais vulneráveis e sua mortalidade é particularmente sensível a mudanças nas condições gerais de vida, sendo por essa razão, um dos indicadores mais sensíveis do nível de vida de uma população.

Exemplo: num determinado distrito, no ano 2012, ocorreram 120.000 nascimentos, tendo-se registado 1000 óbitos em crianças menores de 1 ano. A TMI será $1000: 120.000 \times 1000 = 8.3$ óbitos por 1000 nascimentos (probabilidade de morte).

2.2.3 Taxa Bruta de Natalidade

A Taxa Bruta de Natalidade (TBN) mede a intensidade da produção anual de nascimentos numa população considerada no seu conjunto.

$$TBN = \frac{\text{Total Nascidos Vivos}}{\text{Pop. Total } \frac{1}{2} \text{ ano}} \times 1000$$

A TBN é uma medida grosseira, como indicador de fecundidade, pois no seu denominador usa a população total (não população exposta ao risco de procriar, que seria mulheres em idade fértil). Para melhor interpretação da fecundidade se usaria o denominador como mulheres em idade fértil, em que neste caso, a taxa seria: Taxa de Fecundidade Geral (TFG).

$$TFG = \frac{\text{Total Nascidos Vivos}}{\text{Mulheres (15 – 49) anos}} \times 1000$$

Exemplo: num determinado distrito, no ano de 2012, com uma população estimada de 4.000.000 de habitantes, dos quais 1.000.000 são mulheres em idade fértil (15 aos 49 anos), ocorreram 120.000 nascimentos. A TBN é de $120.000: 4.000.000 \times 1000 = 30$ nascidos vivos por cada 1000 habitantes. A TFG é de $120.000 : 1.000.000 \times 1000 = 120$ nascidos vivos por cada 1000 mulheres em idade fértil.

2.2.4 Taxa de Prevalência de infecção por Tuberculose

A taxa de prevalência da tuberculose é a relação entre o número de casos (novos e antigos) de tuberculose diagnosticados durante um período (um ano) e a população em risco de contrair tuberculose, durante o mesmo período.

$$\text{Tx de Prev TB} = \frac{\text{Casos de TB (novos e antigos) no período}}{\text{População em risco no mesmo período}} \times 10^n$$

A Tx de Prev TB expressa a magnitude da doença numa determinada região e num determinado período.

Nesta taxa, não existe distinção entre casos bacilíferos e não bacilíferos, sendo considerada no seu todo. No entanto, pode-se calcular a taxa de prevalência de casos bacilíferos de tuberculose.

$$\text{Tx de Prev TB BK+} = \frac{\text{Casos de TB (novos e antigos) BK+ no período}}{\text{População em risco no mesmo período}} \times 10^n$$

Exemplo: no distrito de Alto Molócuè, com 250.000 habitantes, foram notificados em 2012, 300 casos de tuberculose, dos quais 70 casos eram BK+. A taxa de prevalência da tuberculose foi de 300: 250.000 x 100.000 = 120 casos por cada 100.000 habitantes. A taxa de prevalência da tuberculose bacilífera (BK+) foi de 70: 250.000 x 100.000 = 28 casos de TB BK+ por cada 100.000 habitantes.

2.2.5 Taxa de Seroprevalência do Vírus do HIV

A taxa de seroprevalência do HIV é a relação entre o número de casos (seropositivos – casos novos e antigos) num determinado período e a população em risco de contrair o HIV no mesmo período.

As Rondas de Vigilância Epidemiológica (RVE) usam os postos sentinelas para conhecer este indicador, em que o denominador são as mulheres grávidas no pré-natal. Usam como tamanho da amostra 300 mulheres grávidas. Já o INSIDA 2009, usou como denominador a população total. Na prática diária, o TMG, poderá calcular a taxa de seroprevalência do HIV no seu distrito, usando uma amostra como o da RVE: 300 mulheres na sua 1ª consulta pré-natal.

Por exemplo: das 300 mulheres que foram pela primeira vez à consulta pré-natal, 30 estavam infectadas pelo HIV. A taxa de seroprevalência é de 30: 300 x 100 = 10%.

BLOCO 3: INDICADORES CHAVE DO SIS

Indicadores chaves do SIS são aqueles que se podem elaborar ao nível das direcções provinciais e distritais de saúde, utilizando os dados de rotina do SIS.

3.2 Classificação dos indicadores

Os indicadores do MISAU são classificados com base mista, no conteúdo e função:

- Económico-financeiros
- Demográficos
- Epidemiológicos
- De recursos

- De actividades
- De eficiência

Nesta aula, não serão abordados todos os indicadores, mas sim, os indicadores chave do SIS.

Classificação dos Indicadores (Alguns Exemplos)	
Categoria	Exemplo
Recursos	% de postos de saúde geridos por pessoal serventuário % de US com geleiras do PAV em funcionamento % de US com falta de vacinas durante um certo período Nº de camas por 1.000 habitantes
Volume de actividades	Taxa de cobertura de partos institucionais Taxa de utilização das consultas externas
Qualidade	Quebra vacinal entre a 3ª e 1ª dose da vacina DTPhepB/Hib Frequência de atendimento nas consultas pré-natais por mulher grávida Índice de cumprimento da 3ª dose da vacina pentavalente Tempo médio de espera nas consultas externas
Eficiência	Partos atendidos por parteira Dias camas ocupadas (DCO) por enfermeiro Taxa de ocupação das camas (TOC) Tempo médio de internamento (TMI)
Eficácia	Taxa de incidência das doenças alvo do pAV, por exemplo, taxa de incidência por sarampo ou No de novos casos de poliomielite aguda Taxa de letalidade intrahospitalar da diarreia Taxa de mortalidade materna intrahospitalar Taxa de mortalidade intrahospitalar Taxa de natimortalidade intrahospitalar com foco positivo à entrada
Impacto ou Estado de saúde	Taxa de baixo peso à nascência (BPN) Taxa de mau crescimento Taxa de seroprevalência por HIV* Taxa de Mortalidade Infantil*

* Indicadores abordados no bloco anterior. Em negrito (bold) estão os indicadores que iremos abordar.

Indicador	Numerador	Denominador	Interpretação
% de US com geleiras do PAV em funcionamento	Nº de US com geleiras do PAV em funcionamento	Total de US com geleiras do PAV	Indica o funcionamento do PAV e da logística de vacinas. US com capacidade de vacinar, mas não o fazem devido a avarias das geleiras, representa uma perda de oportunidade para a imunização daquela comunidade. O ideal é ter 100%.
% de US com falta de vacinas durante um certo período	Nº de US com falta de vacinas durante um certo período	Total de US que efectuam actividades do PAV	Indica o funcionamento da logística de vacinas dentro de uma comunidade ou distrito. Ideal é ter zero (0) %.
Taxa de cobertura de partos institucionais	Nº de partos institucionais durante um certo período	Total de partos previstos (grupo alvo) durante o mesmo período O total de partos previstos é calculado com base em 4.5% da população total (isto para 1 ano).	Indica em que grau as mulheres grávidas estão a ter partos seguros e higiénicos assistidos por pessoal de saúde qualificado. O ideal é que todas as mulheres grávidas dêem parto nas US, porém, devido a baixa cobertura dos serviços, tal não acontece, então, temos que evitar esforços para que este indicador aumente de ano a ano.
Índice de quebra vacinal entre a 3ª e 1ª dose da pentavalente	Nº de 1ªs doses da pentavalente subtraído do No de 3ªs doses da pentavalente	Nº de 1as doses da pentavalente	Indica a percentagem de crianças que foram aplicadas a 1ª dose da penta e que NÃO completaram a 3ª dose (necessária para estarem imunizadas). Ideal < 10%
Partos atendidos por parteiras	Total de partos num certo período	Nº de parteiras no mesmo período	Indica como a carga de trabalho é dividida entre as parteiras. O ideal é que uma parteira tenha 25 partos por mês (1-2 partos/parteira/dia). Valores elevados, significam sobrecarga das parteiras desta maternidade, sendo necessário providenciar mais recursos humanos.
Dias camas ocupadas (DCO)	Somatório do Nº de pacientes presentes num certo período	Sem denominador	É usado para calcular a TOC e TMI. O ideal é que se mantém ou aumente, desde que isto se deva a maior tendência à utilização.
Taxa de Ocupação de Camas (TOC) em %	DCO num certo período	Nº total de dias camas disponíveis (número de dias x número de camas)	É o indicador que mede em percentagem, o volume de doentes internados nas enfermarias de um hospital, informando, portanto, a percentagem média de camas ocupadas em cada enfermaria, serviços ou em todo hospital. Padrão entre 80-85% Valores maiores significam sobrelotação da enfermaria ou hospital. Valores menores significam baixa utilização dos serviços.
Tempo Médio de Internamento (TMI)	DCO num certo período	Nº total de altas no período em causa	Mede a média dos dias de permanência dos doentes na enfermaria durante um certo período.

			<p>Padrões:</p> <p>Até 5 dias na Pediatria</p> <p>Até 10-15 dias na medicina</p> <p>Até 3-4 dias para maternidade</p> <p>Valores elevado significa que os pacientes estão a ficar, em média, mais dias do que o ideal, sendo necessário investigar o motivo.</p>
Taxa de mortalidade materna intrahospitalar (geralmente por 100.000 nados vivos)	Nº de óbitos maternos num certo período	Total de nascimentos no mesmo período	O ideal é não ter óbitos maternos ou os que ocorrem são todos "inevitáveis". Sendo sempre necessário o estudo de um óbito materno!
Taxa de mortalidade intrahospitalar (em %)	Nº total de óbitos numa enfermaria/US num certo período	Nº total de altas na mesma enfermaria/US no mesmo período	Permite comparar a eficácia, e estimar a qualidade do atendimento aos doentes entre 2 lugares ou duas épocas diferentes. Em Moçambique, na ausência de um evento particular, a TM aceitável num Hospital Rural ou Provincial deve ser < 8% na Pediatria e < 5% na Medicina
Taxa de natimortalidade com foco positivo à entrada	Nº de nados mortos com foco positivo à entrada num certo período	Total de nascimentos com foco positivo à entrada no mesmo período (=nados mortos com foco positivo à entrada + nados vivos)	<p>Aceitável < 5/1000 ou < 0.5%</p> <p>Expressa a eficácia do serviço. O ideal é que os focos positivos resultem em nado vivo.</p>
Taxa de BPN (em %)	Nº de nascimentos com peso < 2500 gramas num certo período	Total de nascimentos no mesmo período	<p>Aceitável < 7%</p> <p>É um indicador de estado nutricional da criança, mãe e da comunidade. Valores elevados significam má situação nutricional e de saúde da mãe e da comunidade</p> <p>> 16% alarme</p>
Taxa de mau crescimento (em %)	Nº de crianças que não aumentaram de peso relativamente à última pesagem	Nº de crianças pesadas e que têm uma outra pesagem registada no intervalo de 1 até 3 meses precedentes	<p>Valor aceitável < 16%</p> <p>É um indicador de estado de saúde nutricional. Indica a percentagem de crianças que não aumentou de peso em relação à última pesagem. Valores elevados significam má situação nutricional e de saúde na comunidade em causa</p> <p>16 a 30% - Alarme</p> <p>> 30% - Grave</p>

Veremos agora alguns exemplos para os cálculos dos indicadores acima referidos

Exemplo 1: num distrito com 10 US que realizam actividades do PAV (tem geleiras) e 5 unidades sanitárias que não realizam actividades do PAV (sem geleiras), durante o 1º trimestre, 3 US não tinham geleiras em funcionamento.

A Percentagem de US com geleiras do PAV em funcionamento no 1º trimestre foi de $7 : 10 \times 100 = 70\%$. O sete (7) foi obtido através da diferença entre número de US com geleiras e número de US com geleira que não estavam em funcionamento: $10 - 3 = 7$.

Exemplo 2: no mesmo distrito com 10 US que realizam actividades do PAV, 3 US tiveram falta de vacinas durante o mesmo período. A percentagem de US com falta de vacinas durante o período foi de $3 : 10 \times 100 = 30\%$.

Exemplo 3: num distrito com 200.000 habitantes, durante o ano de 2011, foram realizados 4000 partos institucionais. Qual a cobertura de partos institucionais?

O grupo alvo (partos previstos) que fica no denominador será: $200.000 \times 4.5\% = 9000$ partos previstos. A taxa de cobertura de partos institucionais em 2011 foi de $4000 : 9000 \times 100 = 44.4\%$.

Exemplo 4: num distrito, foram vacinadas com a 1ª dose de pentavalente 100.000 crianças, e destas 80.000 foram vacinadas com 3ª dose da pentavalente. O índice de quebra vacinal entre a 3ª e 1ª dose foi de $(100.000 - 80.000) : 100.000 \times 100 = 20\%$ (portanto, acima do ideal que é $< 10\%$).

Exemplo 5: numa maternidade que funciona com 3 enfermeiras, durante o mês de Junho, foram atendidos 150 partos. Quantos partos foram atendidos por parteira durante o mês? Foram atendidos durante o mês 150 partos : 3 parteiras = 50 partos por parteira (portanto, acima de 25 partos). Isto significa que nessa maternidade é necessário colocar mais parteiras! Mas também é necessário nos perguntar, quantas parteiras são necessárias! Se a média de partos é 150, e queremos que cada parteira faça 25 partos por mês, a equação seria: 150 partos: $n = 25$, logo, $n =$ partos: 25, isto é $150 : 25 = 6$. Nessa maternidade deveria ter 6 parteiras. Como já lá estão 3 parteiras, logo, são necessárias mais 3 parteiras. É bastante simples o cálculo, porém, na prática diária, por exactamente escassez de recursos humanos, muitas vezes não conseguimos satisfazer esta necessidade e tentamos no máximo colocar um número de pessoal de saúde o mais “justo” possível.

Exemplo 6: na enfermaria de medicina de um hospital, durante o 1º trimestre (90 dias), registou-se 5292 DCO. A enfermaria tem 60 camas e durante o período se registou 265 altas. A TOC foi de $5292 : 265 \times 100 = 1993\%$. Neste caso é maior que 85%, mostrando uma sobrelotação da enfermaria.

No entanto, analisando o tempo médio de internamento (TMI) veremos que: $TMI = 5292 : 265 = 19.9$ dias (aproximadamente 20 dias)! Vemos que esta elevada TOC é derivada do maior tempo de permanência dos doentes na enfermaria de medicina (padrão até 10-15 dias), sendo necessário depois se investigar o motivo pelo qual em média, os doentes permanecem 20 dias na enfermaria.

Exemplo 7: num distrito, durante um ano, registou-se 30 mortes maternas, de entre 200.000 nados vivos. A taxa de mortalidade materna intrahospitalar foi de $30 : 200.000 \times 100.000 = 15$ mortes maternas por cada 100.000 nascimentos.

Exemplo 8: num hospital rural, durante o mês de Julho, foram registados 3 óbitos e 150 altas na enfermaria de medicina. A taxa de mortalidade intrahospitalar na enfermaria de medicina foi de $3 : 150 \times 100 = 2\%$, sendo considerado adequado (padrão $< 5\%$).

Exemplo 9: numa maternidade, foi registado durante o 1º trimestre, 200.000 nascidos vivos com foco positivo à entrada, 10 nados mortos com foco positivo à entrada e 30 nados mortos sem foco positivo à

entrada. A taxa de natimortalidade com foco positivo à entrada foi de 10: $200.010 \times 1000 = 0.05$ nados mortos com foco positivo à entrada por mil nascimentos com foco positivo à entrada.

Exemplo 10: num distrito, onde foram registados durante o ano 200.000 nascimentos, destes 5000 tiveram peso inferior a 2500 gramas. A Taxa de BPN foi de 20.000: $200.000 \times 100 = 10\%$. O valor é elevado em relação ao aceitável, pelo que significa que há problemas nutricionais ou de saúde das mães e da comunidade.

Exemplo 11: num distrito, durante o 1º trimestre, foram pesadas 3500 crianças. Destas, 3000 tiveram outra pesagem no intervalo de 1 a 3 meses, em relação a primeira pesagem, tendo sido registado 200 crianças que não aumentaram o peso. A taxa de mau crescimento foi de 200: $3000 \times 100 = 6.6\%$. Portanto, apenas 6.6% das crianças não aumentaram o peso em relação à última pesagem (valor aceitável < 16%).

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1.** A taxa bruta de mortalidade quantifica o grau em que o crescimento de uma população é atrasado pelo volume da mortalidade, mas não deve ser usada para comparar os níveis de saúde e bem-estar das populações, salvo se as populações têm a mesma estrutura etária.
- 4.2.** A mortalidade infantil ou a mortalidade no primeiro ano de vida é medida através da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), que expressa a probabilidade de morte, sendo um dos indicadores mais sensíveis de vida de uma população.
- 4.3.** A Taxa Bruta de Natalidade (TBN) é uma medida grosseira, como indicador de fecundidade, pois no seu denominador usa a população total (não população exposta ao risco de procriar, que seria mulheres em idade fértil). Para melhor interpretação da fecundidade se usaria o denominador como mulheres em idade fértil, em que neste caso, a taxa seria: Taxa de Fecundidade Geral (TFG).
- 4.4.** As taxas de prevalência da infecção por TB e HIV expressam a magnitude da doença numa determinada região e num determinado período.
- 4.5.** Indicador de saúde é uma variável que nos permite medir alterações do estado ou situação de saúde de uma população ou de uma comunidade, sendo usado no sector de saúde para diagnosticar a existência de problemas, monitorar e avaliar programas.
- 4.6.** Indicadores chaves do SIS são aqueles que se podem elaborar ao nível das direcções provinciais e distritais de saúde, utilizando os dados de rotina do SIS

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração III	Nº da Aula	9
Tópico	Sistema de Informação de Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Sistema de Informação de Saúde – Parte 4	Duração	2h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Interpretar e explicar os relatórios e gráficos do pacote básico.
2. Facilitar a reunião do núcleo de planificação estatística da US onde trabalha.
3. Elaborar relatórios estatísticos e descritivos semestralmente e anualmente para apresentação a outros níveis hierárquicos.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Relatórios Estatísticos e Descritivos		
3	Reunião do Núcleo de Planificação e Estatística		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

1. MISAU, O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E SEU PAPEL NA GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE, ABRIL DE 2004
2. MISAU, Guião para o Gestor Distrital de Saúde: Gestão de Programas de Saúde, módulo 1, 2003
3. MISAU, Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para Saúde, 1991
4. [http://redhum.org/archivos_cluster/pdf/ID_320_UD_Redhum-Global-Folieto-Como_facilitar_reuniones - Separata-20080429.pdf](http://redhum.org/archivos_cluster/pdf/ID_320_UD_Redhum-Global-Folieto-Como_facilitar_reuniones_-_Separata-20080429.pdf)

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: RELATÓRIOS ESTATÍSTICOS E DESCRITIVOS

Como abordado anteriormente, o SIS é composto pelas seguintes actividades:

- Registo
- Recolha
- **Elaboração**
- **Apresentação**
- **Interpretação**
- EnvioRecepção
- Tomada de decisões
- Controlo de qualidade
- Retroinformação

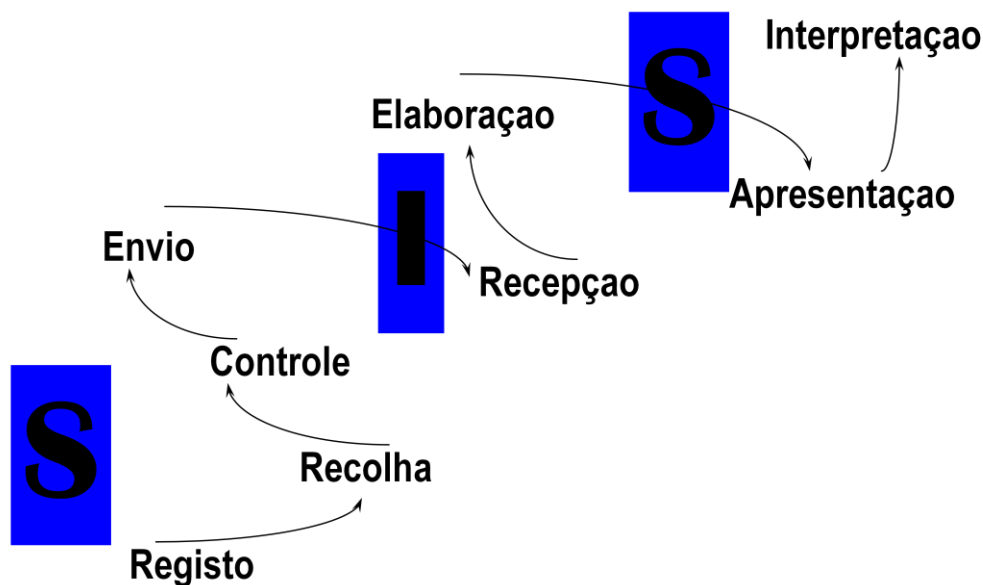


Figura 1: Actividades do SIS

No presente bloco, iremos nos concentrar nas actividades de elaboração, apresentação e interpretação dos dados.

2.1 Tipos de dados

Os dados do SIS podem ser divididos em dados numéricos (ou quantitativos) e dados categóricos (ou qualitativos).

Os dados numéricos são aqueles derivados de variáveis numéricas, que assumem números. Podem ser discretos, quando apresentam números inteiros (exemplo: número de nados vivos - 300, número de nados mortos - 2, número de altas - 400, número de óbitos - 17) ou contínuos, quando apresentam casas decimais (por exemplo: altura - 1.76m, hemoglobina - 7.8 g/dl).

Os dados categóricos são derivados de variáveis categóricas, que assumem categorias. Por exemplo: sexo (masculino ou feminino), faixa etária (< 5 anos, entre 5 e 14 anos, > 14 anos), tipo de parto (normal, por cesariana, por ventosa).

Estes dados, podem ser apresentados em forma de tabelas e gráficos.

Tabelas – são traços formando linhas e colunas, nas quais aparecerá a variável (ou variáveis) e a frequência com que esta variável é observada.

Gráficos – são representações de diagramas de dados tabulados e que têm como finalidade principal mostrar, mediante a utilização de figuras (linhas, áreas e volume), as variações de intensidade de um ou mais fenómenos, mediante as variações de outros fenómenos.

Os gráficos e tabelas apresentam características comuns que são:

- Título – adequado, claro e conciso, e que deve responder as seguintes perguntas: quem ou que relaciona? Quando? Onde?
- Cabeçalhos: bem legíveis das colunas e linhas nas tabelas, e dos eixos nos gráficos
- Corpo: os valores agrupados por categorias, frequências, entre outras
- Fonte: qual é a origem dos dados, onde e para quem foram registados ou recolhidos
- Legendas: de símbolos e abreviações nas tabelas e gráficos, para os quais são obrigatórias também as escalas dos eixos
- Notas de rodapé da tabela ou do gráfico: esclarecimentos adicionais e a data da realização

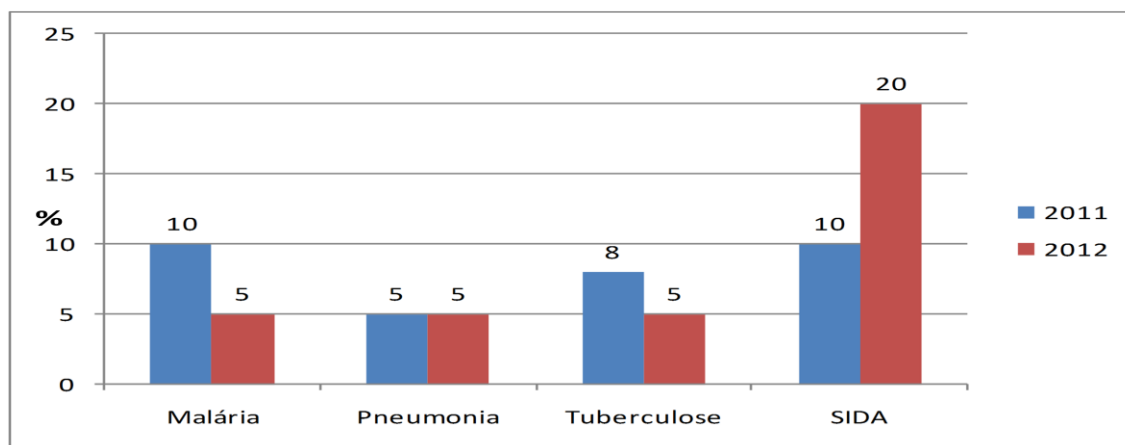
Exemplo:

Tabela 1: Morbilidade e Letalidade na Enfermaria de Medicina do Hospital Provincial de Quelimane no 1º trimestre de 2012

Patologias	Altas	Óbitos	Taxa de Letalidade
Malária	5645	100	1.8%
Pneumonias	4563	88	1.9%
Tuberculose	2015	4	0.2%
SIDA	2000	50	2.5%

Fonte: Núcleo de Estatística do HPQ

Gráfico 1: Comparação das Taxas de Letalidade das Principais Patologias na Enfermaria de Medicina do hospital Provincial de Xai-Xai - 1º trimestre 2012/2011



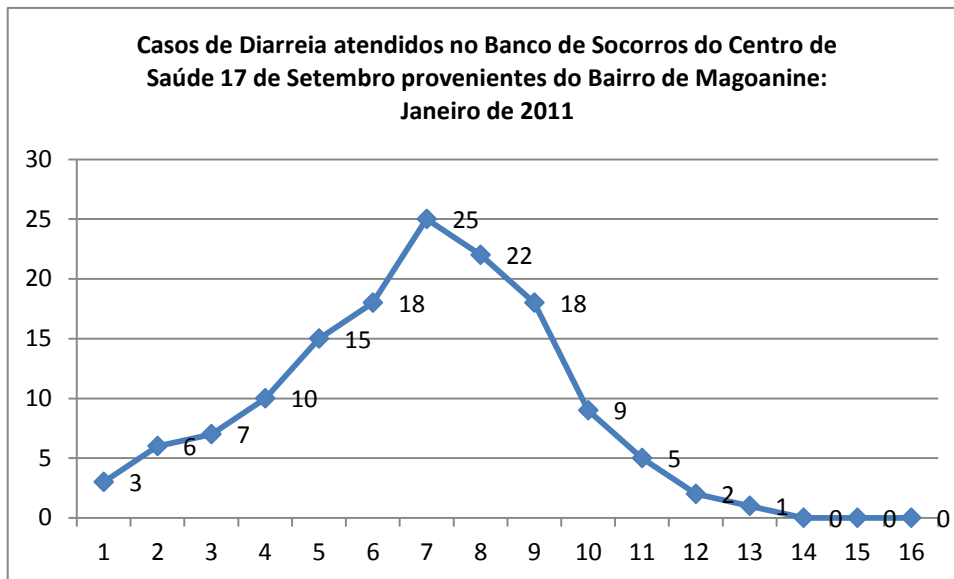
Fonte: Núcleo de Estatística do HPQ

Tratamento dos dados

Os dados não são analisados e nem apresentados (em tabelas e gráficos) de forma aleatória.

Os dados numéricos permitem que se calcule as frequências absolutas, frequências relativas (percentagem), frequência acumulada, entre outros, e podem ser apresentados sob a forma de gráficos como: histograma, linhas, barras.

Exemplo: gráfico de linhas

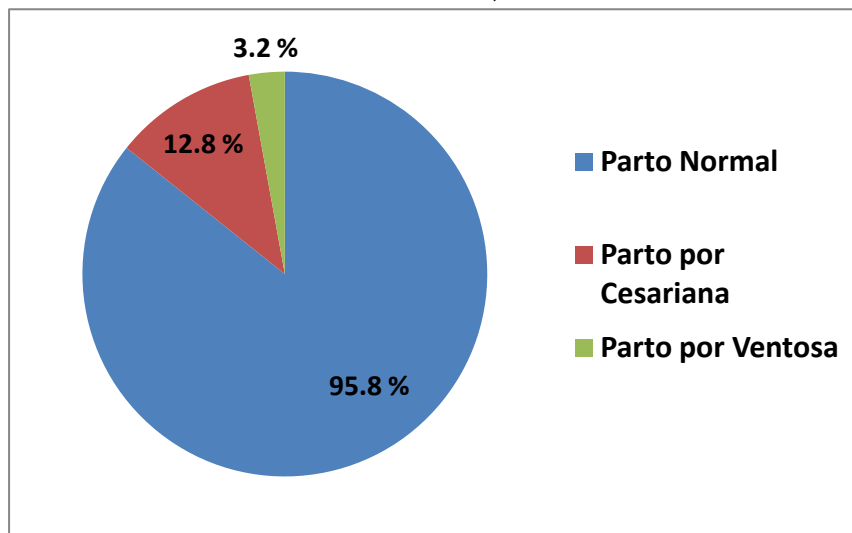


Fonte: Núcleo de Estatística do Centro de Saúde 17 de Setembro

Já os dados categóricos permitem que se calcule a frequência absoluta e relativa e podem ser apresentados sob a forma de gráficos como: de barras, circular (pizza).

Exemplo de gráfico circular:

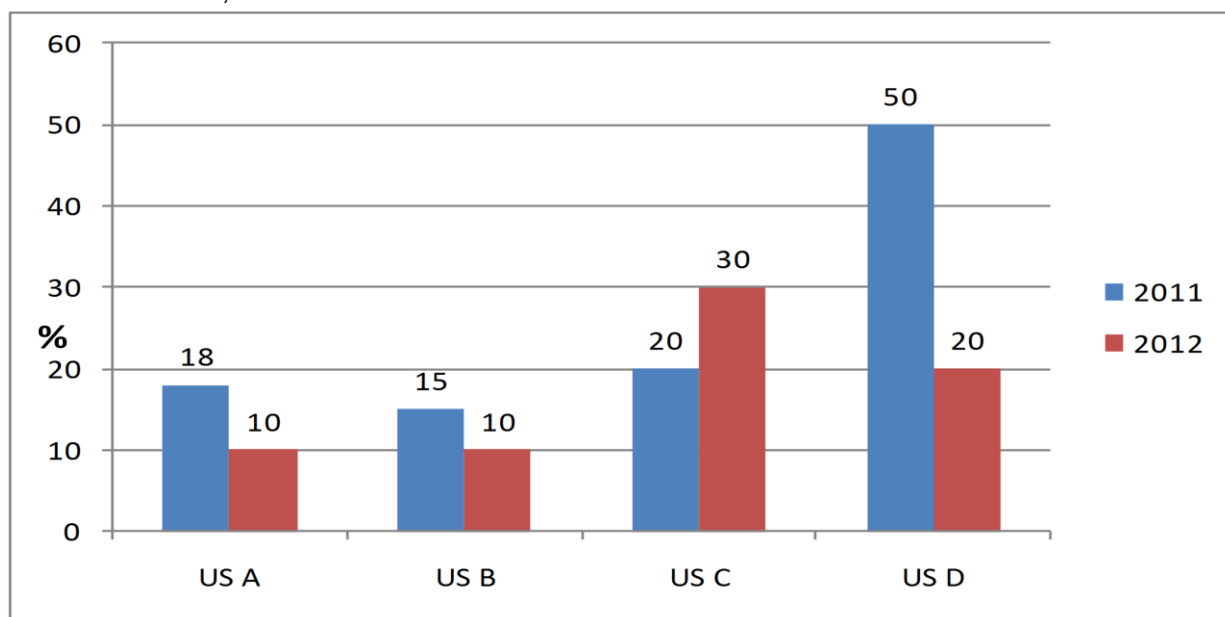
Tipos de partos na maternidade do Centro de Saúde No 1, Abril de 2012



Fonte: Núcleo de Estatística do Centro de Saúde No 1

Exemplo de gráfico de barras:

Comparação das Taxas de Mortalidade Intrahospitalar nas Unidades Sanitárias do Distrito de Namarrói – Província da Zambézia, 1º Trimestre 2011/2012



Fonte: Núcleo de Estatística Distrital de Namarrói

Mais importante que construir tabelas e gráficos, é a sua interpretação!

Do gráfico acima, podemos notar que as taxas de mortalidade das unidades sanitárias A, B e D reduziram, em igual período do 1º trimestre (2011 e 2012), sendo a redução da US D bastante notória, com a excepção da US C, cuja taxa de mortalidade aumentou (de 20% no 1º trimestre de 2011 para 30% no 1º trimestre de 2012). O TMG deve ser capaz de tirar estas conclusões e depois iniciar a investigação tentando perceber o porquê de ter aumentado a taxa de mortalidade na US C. Igualmente é importante perceber que acções foram desencadeadas para que a taxa de mortalidade diminuisse nas outras US (A, B e D), podendo ser esta uma acção a ser replicada para a US C. De referir que por vezes, os dados chegam de forma deficiente por isso, uma redução abrupta do indicador, deve levantar a suspeita da fiabilidade dos dados.

Sempre que possível, no relatório é necessário efectuar sempre a comparação dos valores observados com os valores anteriores e/ou com os valores padrão conhecidos. Só assim, é que podemos notar se os valores apresentados aumentaram ou diminuíram, ou ainda, se estão dentro ou fora dos padrões recomendados.

Na tabela abaixo, encontra-se um conjunto de dados, e seus indicadores, mostrando a periodicidade de elaboração de relatórios e o tipo de gráfico que deve ser efectuado para sua melhor interpretação.

DADOS	INDICADOR	PERIODICIDADE	TIPO DE GRÁFICO
CONSULTAS EXTERNAS	Total Mensal	Mensal	Linear
ALTAS	Total Mensal	Mensal	Linear
B.E.S	Evolução de casos de diarreia e de sarampo	Semanal	Linear
INTERNAMENTOS	Taxa de Letalidade por diarreia/US	Semestral/Mensal	Diagrama de Barras Simples
	Taxa de Mortalidade Geral por US	Semestral/Anual	Diagrama de Barras Simples
S.M.I.	Taxa de Cobertura Cumulativa das Consultas Preventivas 0-11 meses	Mensal	Gráfico Cumulativo
	Índice de Cumprimento Cumulativo das Consultas Preventivas 0-11 meses	Mensal	Gráfico Cumulativo
	Taxa de Mau Crescimento por US	Mensal	Barras simples
	Taxa de Cumprimento Cumulativa de Consultas pré-Natais	Mensal	Gráfico Cumulativo
	Índice de Cumprimento Cumulativo de Consultas pré-Natais	Mensal	Gráfico Cumulativo
	Taxa de Mortalidade Materna Intrahospitalar por US	Semestral/Anual	Barras simples
	Taxa de Baixo Peso à Nascimento por US	Trimestral	Barras simples
	Taxa de Natimortalidade por US	Semestral/Anual	Barras simples
	Partos por parteira	Anual	Barras simples
	Taxa de Cobertura Cumulativa das seguintes vacinas: - VAS - DPT (1as e 3as doses)	Mensal	Gráfico linear
P.A.V.	Índice de Cumprimento Cumulativo das seguintes vacinas: - VAS - Pólio (1as e 3as doses)	Mensal	Gráfico Cumulativo

Fonte: MISAU, Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para Saúde, 1991

A elaboração de relatórios deve ter em conta esta periodicidade e os indicadores que são usados para avaliar a actividade em causa. É importante dividir o relatório de acordo com as áreas de actuação: Consultas externas, Internamentos, SMI, PAV entre outros, e dentro de cada uma dessas áreas apresentar os indicadores e efectuar a sua análise e interpretação. Mais uma vez, a interpretação tem em conta os valores padrão (aula anterior), os valores anteriores para o mesmo período.

É importante lembrar que esta análise e interpretação deve ter em conta a tomada de acções e medidas para reverter um cenário pouco favorável.

Por exemplo: num distrito, está planificado vacinar com VAS 5000 crianças. Das 100% de crianças, significa que em cada trimestre deve-se alcançar 25% de cobertura vacinal em relação às 5000 crianças. No entanto, após finalizar o 1º trimestre, nota que foram vacinadas 950 crianças. O TMG analise os dados e calcula o indicador de Cobertura de VAS. Taxa de cobertura de VAS = $950/5000 \times 100 = 19\%$.

O TMG nota que a taxa de cobertura deveria ter sido de 25% mas apenas tem 19%, o que quer dizer que se mantém este ritmo, ao final do ano (4 trimestres) terá $19 \times 4 = 76\%$ de taxa de cobertura vacinal. Então, deve-se investigar o que está por de trás destas taxas, nomeadamente: será a fraca mobilização? ruptura de stock de vacinas? ou não cumprimento da calendário vacinal? entre outros factores. Para finalizar TMG deve implementar as acções necessárias para solucionar o problema!

Ao fim do 2º trimestre, o TMG volta a calcular a taxa de cobertura vacinal do 1º semestre. Os dados são: 2070 crianças vacinadas. Logo a taxa de cobertura do 1º semestre é de $2070/5000 \times 100 = 41.4\%$. Deveria estar a 50%, no entanto, nota que a este ritmo, ao final do ano teria $41.4 \times 2 = 82.8\%$. Portanto melhorou, mas ainda não é satisfatório, pois a meta que foi estabelecida para a cobertura de VAS é de ter pelo menos 85% de crianças vacinadas. Igualmente começa a investigar que outros factores podem estar a influenciar negativamente a actividade de vacinação e desencadeia acções para reverter o cenário e vai sempre monitorando as suas acções através do indicador taxa de cobertura vacinal.

No final do ano, o TMG, faz o balanço das suas actividades, através do indicador taxa de cobertura vacinal. Os dados mostram 4.592 crianças vacinadas com VAS. A taxa de cobertura de VAS anual é de $4592/5000 \times 100 = 91.8\%$, sendo portanto acima de 85% (valor mínimo recomendado).

Este é um exemplo de como se deve interpretar os dados e levar acções para reverter um cenário desfavorável!

BLOCO 3: REUNIÃO DO NÚCLEO DE PLANIFICAÇÃO E ESTATÍSTICA

A reunião do núcleo de planificação e estatística deve acontecer com uma certa periodicidade, de modo a monitorar e avaliar o grau de cumprimento das metas e actividades estabelecidas. A reunião pode ser semanal, mensal, trimestral, semestral ou anual.

Geralmente as reuniões semanais têm a ver com a planificação das actividades da semana seguinte, ou, no caso de situações de emergência (gestão de surtos, epidemias, emergências). Neste bloco vai-se tratar das reuniões mensais, trimestrais, semestrais e anuais.

3.1 Passos para a reunião do Núcleo de Planificação e Estatística

Os seguintes passos são importantes:

- Determinar uma data e hora fixa para o encontro (por exemplo: às 11:00h, na última 3ª feira de cada mês, ou na última 6 feira de cada trimestre, às 11:00h). É prudente efectuar-se um calendário anual das reuniões. Igualmente é prudente se marcar o local do encontro e tempo de duração.

Exemplo:

Calendário das reuniões trimestrais do núcleo de planificação e estatística dos SDSMAS de Alto-Molocuè, 2012

	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre
Datas	27 de Março	26 de Junho	25 de Setembro	20 de Dezembro
Hora início	11:00h	13:00h	11:00h	9:00h
Hora fim	12:00h	15:00h	12:00h	12:00h
Local	Sala de reuniões do SDSMAS			

A hora de início e do fim, é marcada em função do carácter da reunião e da pertinência de mais tempo. Por exemplo: uma reunião do 2º trimestre é conveniente que tenha mais tempo, pois vai-se analisar o 2º trimestre e o 1º semestre do ano. Não seria adequado, marcar uma reunião do 2º trimestre e depois outra reunião do 1º semestre. Na reunião do 4º semestre, far-se-á também o balanço anual das actividades, daí ser necessário mais tempo. No entanto, as reuniões com mais de 2 horas, necessitam sempre de intervalos de 15 – 30 minutos, pois não é aconselhável estar mais de 2 horas, concentrado na reunião.

- Previamente a reunião, é necessário verificar se todos os relatórios foram elaborados, pois não é recomendável, realizar uma reunião com dados e informações incompletas. Isto revela má gestão!
- Certifique-se que os responsáveis de cada área (saúde materno infantil, PAV, consultas externas, vigilância epidemiológica, responsáveis dos programas: tuberculose, lepra, ITS-HIV/SIDA e outros) tenham conhecimento da reunião e possuem os seus relatórios elaborados. Alguém deve ser sempre indigitado para redigir a acta da reunião.
- Começar a reunião pontualmente! Isto mostrará que é exemplar no cumprimento dos horários. Atrasar uma reunião por causa da ausência de alguém, é prejudicar os que chegaram na hora, e promover que os mesmos cheguem um pouco tarde. Igualmente atrasar uma reunião, significa consumo de mais tempo, pois 1 hora de reunião é cerca de 12% do tempo útil do dia, e seu atraso, aumentará este tempo útil, que poderia ser aproveitado para execução de outras actividades. Dentro de duas ou três reuniões, os responsáveis vão entender que a hora de início é certa!
- Comece a reunião com a leitura da acta anterior (se for a 2ª, 3ª ou 4ª reunião e aí por diante) e solicite o grau de cumprimento das actividades planificadas e/ou responsabilizadas. É tendência geral, fazer-se comentários longos e demorados sobre o grau de cumprimento de uma actividade que o responsável não cumpriu. Evite esta tendência e solicite respostas do tipo “cumprido” ou “não cumprido”. Lembre-se que ninguém cumpre pela metade, pelo que respostas de parcialmente cumprido, devem entrar na categoria de “não cumprido”. No entanto, não significa isto que deva reprimir comentários adicionais, pois aí poderá entender o motivo de não cumprimento. A sugestão é que dê tempo suficiente para esses comentários, sem os tornar demasiadamente longos.
- Agradecer e louvar (se for apropriado) as actividades cumpridas.
- Após a leitura da acta e do grau de cumprimento das actividades planificadas/responsabilizadas na última reunião, solicite cada responsável para se pronunciar sobre:

- Actividades planificadas e realizadas durante o mês/trimestre/semestre/ano, com ilustração dos indicadores do seu programa
- Actividades não realizadas
- Actividades planificadas para o mês/trimestre/semestre seguinte
- Tomar decisões conforme o consenso do colectivo e definir claramente quem vai fazer o quê e estabelecer um prazo para a sua realização
- No final da reunião, identifique o que poderia ter funcionado melhor e que lições se devem aplicar na próxima reunião
- Agradecer a participação de todos
- Terminar a reunião na hora! Se quer que o colectivo respeite a hora de início, então deve-se respeitar a hora do fim da reunião.

3.2 Habilidades Chave para facilitar uma reunião:

- Actuar como um reflector – faça uma retroinformação do conteúdo e das mensagens percebidas, por exemplo: “deixa me ver se estou a perceber correctamente...”
- Esclarecer – reformule uma ideia ou pensamento para torná-la mais clara. Por exemplo: “creio que o que está a dizer é ...”
- Sintetizar – formule concisamente os principais pensamentos. Por exemplo: “parece-me que os principais problemas do não cumprimento foram...”
- Mude de atenção – mude de um participante ou tema para outro. Por exemplo: “Obrigado Sr. João. Luis, queres acrescentar algo?” “Após a apresentação do PAV, passemos para o informe trimestral sobre SMI”.
- Use o silêncio – faça pausa entre os comentários para dar tempo e espaço para a reflexão.
- Use sinais não-verbais e verbais – combine a linguagem corporal com a oral para comunicar. Por exemplo, use o contacto visual para aprovar ou desaprovar comportamentos. Seja conciente das diferenças culturais. A neutralidade é importante, pelo que não se deve motivar umas pessoas mais que as outras.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1 As tabelas e gráficos que contêm dados, devem ter sempre: título, cabeçalho, corpo, fonte, legendas e notas de pé.
- 4.2 Existem formas apropriadas de tratar os dados, de acordo com sua característica: se são dados numéricos ou se são dados categóricos.
- 4.3 A interpretação dos dados, quer em tabelas e/ou gráficos, é o mais importante na elaboração dos relatórios.
- 4.4 Sempre que possível, os dados e indicadores, devem ser comparados com os valores observados anteriormente (mas no mesmo período) e/ou com valores padrão conhecidos.

- 4.5** A elaboração dos relatórios deve ter em conta a sua periodicidade e os indicadores, sendo conveniente dividir os relatórios de acordo com as áreas de actuação.
- 4.6** A reunião do núcleo de planificação e estatística deve acontecer com uma certa periodicidade, de modo a monitorar e avaliar o grau de cumprimento das metas e actividades estabelecidas.
- 4.7** A marcação de uma data e horário da reunião, bem como o cumprimento da hora de início e fim, são características importantes para a sua facilitação.
- 4.8** O facilitador da reunião deve ter as seguintes habilidades: actuar como um reflector, esclarecer, sintetizar, mudar de atenção, usar o silêncio e usar sinais não-verbais e verbais.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração III	Nº da Aula	10
Tópico	Sistema de Informação de Saúde	Tipo	Teórico-Prática
Conteúdos	SIS na Sala de Informática - Parte 1	Duração	6 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Preencher manualmente ou usando Excel os 15 impressos (relevantes) do “Pacote Básico” do SIS.
2. Calcular os indicadores chave do SIS

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	5 min
2	Preenchimento dos Impressos do SIS	180 min
4	Cálculo dos Indicadores Chave do SIS	175 min

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Impressos do SIS

Máquina calculadora

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Leitura prévia da aula sobre indicadores chave do SIS

Bibliografia

1. MISAU, O SISTEMA DE INFORMAÇÃO E SEU PAPEL NA GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE, ABRIL DE 2004
2. MISAU, Guião para o Gestor Distrital de Saúde: Gestão de Programas de Saúde, módulo 1, 2003
3. MISAU, Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para Saúde, 1991
4. http://redhum.org/archivos_cluster/pdf/ID_320_UD_Redhum-Global-Folleto-Como_facilitar_reuniones_-_Separata-20080429.pdf

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA**5 min**

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: PREENCHIMENTO DOS IMPRESSOS DO SIS**180 min****Instruções para o docente:**

O docente deve preparar com antecedência esta aula. Deve procurar os impressos que constam no quadro abaixo e multiplica-los pelo número de estudantes. Na tabela abaixo, existem 3 colunas: a 1ª coluna é o Programa/Serviço que usa o impresso, a 2ª coluna é o nome do impresso e a 3ª coluna é o código do respectivo impresso.

Todas as fichas estão disponíveis no Departamento Provincial de Planificação e Cooperação (DPPC) e constam do módulo básico, pelo que basta entrar em contacto com o DPPC para obtê-los.

Proceda a explicação do preenchimento dos impressos durante 60 minutos, e relegue os outros 120 minutos para a prática em grupo (4 grupos).

Programa /Serviço	Impressos	Código Mod. SIS
PAV	PAV Resumo Mensal das Unidades Sanitárias	A03
	PAV Resumo Mensal Distrital	A04
	PAV Controlo mensal Unidades Sanitárias e Distrito - Stock Vacinas	A11
Saúde materno Infantil		
	SMI Resumo Mensal de Unidades Sanitárias	B04
	SMI Controlo de Stock de Métodos Anticonceptivos	B05
	SMI Resumo Mensal Distrital Consultas 0-4 anos / Vigilância Nutricional	B06
	SMI Resumo Mensal Distrital das Maternidades	B07
	SMI Resumo Mensal Distrital Cons. Pré-Natais / Consultas Pós-Parto	B08
	PME Resumo Mens. Consultas Externas + Kit A Centros de Saúde	C04
	PME Resumo Mens. Consultas Externas + Kit B Postos de Saúde	C05
Interna-mento		
	Resumo Mensal Distrital de Internamento para CS + PS	D03
	Resumo mens/trim/sem/anual Internam. Hosp. Rurais/Gerais	D04
Laboratorio	Resumo Mensal Unidade Sanitária com Laboratório	E02
Estomatologia	Resumo Mensal Unidade Sanitária com Estomatologia	G02

Divida a turma em 4 grupos, e entregue a cada grupo o exercício abaixo. Disponibilize as fórmulas necessárias para o cálculo dos indicadores chave do SIS.

Os grupos terão 120 minutos para a resolução do exercício e outros 55 minutos para apresentar os resultados.

Findos 120 minutos, solicite aleatoriamente um elemento de cada grupo para apresentar a solução do cálculo e interpretação de um indicador (um sistema rotativo de um aluno, um indicador). Para cada indicador correctamente apresentado o grupo recebe 1 ponto. Vence o grupo com maior número de pontos.

Reserve os últimos 10 minutos para discutir o decorrer da aula com os alunos e solicitar propostas de melhoria.

Exercício:

Situação de Saúde na Província X

A província X, para o ano 2012, tem 4.000.000 de habitantes, segundo projecções do censo de 2007, e apresenta uma rede sanitária composta por 178 unidades sanitárias, sendo 1 Hospital Provincial, 5 Hospitais Rurais, das quais 150 realizam actividades do PAV (tem geleiras). Durante o período em causa, 20 unidades sanitárias não tinham geleiras em funcionamento, devido a ruptura de stock de petróleo, e as mesmas 20 tiveram falta de vacinas. Nesta mesma província, no período considerado, houve registo de 98.000 partos e 130 mortes maternas. Destes partos, foi registado 97.800 nados vivos com foco positivo à entrada, 100 nados mortos com foco positivo à entrada e 100 nados mortos sem foco positivo à entrada. Dos 97.800 nados vivos, 1500 tinham peso inferior a 2500 gramas. A província conta com 10 médicos, 17 técnicos de medicina geral, 500 enfermeiros, dos quais 250 são enfermeiras de saúde materno-infantil que estão colocadas nas diversas maternidades.

Durante o período, foram vacinadas 90.000 crianças com a 1ª dose da pentavalente e 70.000 crianças com a 3ª dose da pentavalente. Igualmente foram pesadas 80.000 crianças em que 70.000 tiveram outra pesagem no intervalo de 1 a 3 meses (em relação a 1ª pesagem), tendo sido registado 5000 crianças que não aumentaram o peso.

O Hospital Provincial tem 300 camas e durante o período se registou 11.000 altas, 25.000 dias camas ocupadas, 5150 óbitos.

Como Gestor de Saúde, é apresentado este informe durante uma reunião do Governo Provincial. Qual é a situação desta província? Calcule e interprete os indicadores chave do SIS.

Antes de iniciar a resolução do exercício, o docente pede para os alunos em jeito de revisão enumerarem todos indicadores chave do SIS e se possível escrevê-los no quadro.

Nota para o docente: Veja em anexo o guião de correcção.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração III	Nº da Aula	11
Tópico	Sistema de Informação de Saúde	Tipo	Teórico-prática
Conteúdos	SIS na Sala de Informática – Parte 2	Duração	5 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Abrir o programa do Pacote Básico no computador.
2. Lançar e apagar/corriger dados no programa do Pacote Básico.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	5 min
2	Iniciar o programa SIS no Módulo Básico	75 min
3	Gestão de Fichas no Módulo Básico	140 min
4	Apagar fichas	75 min
5	Pontos-chave	5 min

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Computadores com o programa SIS Módulo Básico Instalado – idealmente 1 computador por aluno, mas poderá ser 4 computadores para 4 grupos formados

1 computador para o docente com o módulo básico instalado com data-show, para ilustrar os passos

Bibliografia

1. Manual Teórico do Curso de Sistemas de Informação Distrital HISP, versão 2”, Maputo, 2003
2. Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde”, Roberto Gnesotto e António Sitói, MISAU, DPC, Maputo, 1990;
3. O Sistema de Informação para a Saúde” – Texto de Formação, António V. Sitói, MISAU, DPC, Maputo, 1997;

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação do equipamento e dos materiais

Subdivida o bloco em duas partes:

- Parte teórica – o docente explica o processo com ilustração em data-show – 15 min
- Parte prática – os alunos (4 grupos) praticam – 60 min

Parte Teórica – 15 min

Para iniciar o programa SIS no módulo básico deve-se fazer um *Duplo-click* no Icon S.I.S. no Windows Menu para aceder ao menu principal (Figura 1).



Figura 1: Menu principal do SIS – Módulo Básico

O menu principal do módulo básico contém janelas que permitem aceder:

- Aos Relatórios
- Codificar áreas
- População
- Sistemas
- Exportação e importação de dados
- Apagar dados

Para aceder a uma ficha deve-se clicar na imagem da ficha pretendida:

Exemplo: B06, clique na ficha B06 e vai abrir a janela B06 (figura 2)



Figura 2: Ficha B06, SMI 0-4 anos

Uma vez aberta a ficha B-06, é possível visualizar a Composição do Menu do Programa Principal (figura 3).

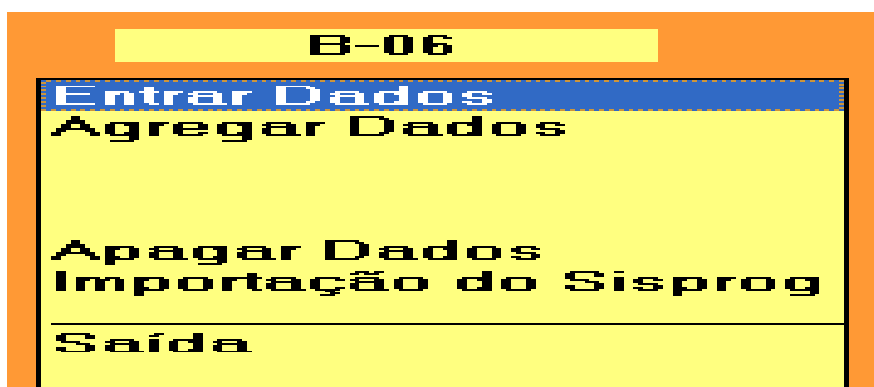


Figura 3. Composição da ficha B-06

Secções do Menu B-06 pode-se clicar nas janelas:

- Entrar dados, para se introduzir novos dados provenientes de fichas

- Agregar dados
- Apagar dados
- Importar dados ou
- Sair

2.1 Teclas de funções, combinação de teclas e botões da barra de comandos do menu do programa principal (figura 4)

F10: Sair do campo, ir para um campo para cima ou regressar para o menu do programa principal

Ctrl-F10: Ir directamente para o menu do programa principal

Alt-F4: sair do programa, ir directamente para o windows

Setas: movimentar para cima/baixo através dos campos área/mês/ano

Enter: ir para o campo Seguinte

Ctrl-O: aceitar todos os códigos visualizados no ecrã e continuar com a ficha de entrada de dados.

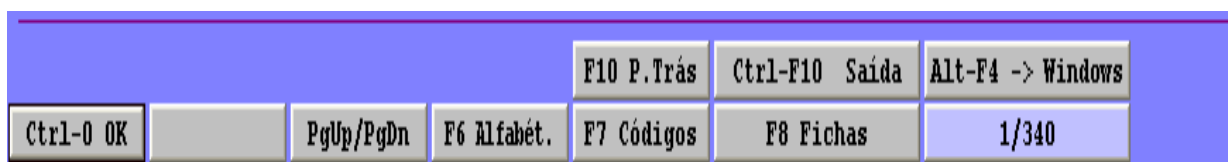


Figura 4: Teclas de funções, combinação de teclas e botões da barra de comandos do menu do programa principal

Parte Prática – 60 min

Os alunos (em grupo) vão praticar a abertura do programa

BLOCO 3: GESTÃO DE FICHAS NO MÓDULO BÁSICO

140 min

Subdivida o bloco em duas partes:

- Parte teórica – o docente explica o processo com ilustração em data-show – 40 min
- Parte prática – os alunos (4 grupos) praticam – 100 min

Parte Teórica – 40 min

3.1 Entrada (lançamento) de Dados

Para a entrada (lançamento) dos dados recolhidos manualmente das fichas mensais para o módulo básico, usa-se o seguinte método (figura 5):

- Seleccione o Distrito
- Seleccione a Unidade Sanitária
- Seleccione o Mês
- Seleccione o Ano
- Introduza os Dados

- Grave a Ficha
- Saia

3.1.1. Seleccione o País, Província, Distrito, Unidade Sanitária

Campos:

País	01	MOZAMBIQUE
Província	07	SOFALA
Distrito	01	Cidade da Beira
U.S.	06	MUNHAVA

Mês	01	Ano	2003
------------	-----------	------------	-------------

Figura 5: Preenchimento do campo país, provincial, distrito e US

Seleccionar Código de área (País/Província/Distrito/Unidade Sanitária)

Pg Up/Pg Dn - navegar para frente/através dos códigos de áreas

F6 - acesso ao sistema de pesquisa alfabética

F7 - listar códigos de área por código

F8 - listar as fichas gravadas

F6 - aceder ao sistema de Pesquisa Alfabética:

- Janela adicional de pesquisa
- Escreva o nome ou os primeiros caracteres do nome do Distrito ou unidade sanitária pretendida, seguido de <Enter>
- Janela com lista Alfabética
- Navegue pela lista usando as setas ou o rato
- Seleccione usando <Enter> ou duplo-click ou use F10 para sair da lista

F7 - listar os códigos de área por código:

- Janela com Listagem Numérica (por código de área).
- Navegar através da janela usando as setas ou o rato
- Seleccione usando <Enter> ou duplo-click ou, então, use F10 para sair da lista.

F8 - Listar Fichas Gravadas

- Apresenta uma lista contendo todas as listas gravadas no sistema, para a área seleccionada, independentemente do mês/ano
- Navegue pela lista, usando as setas ou o rato
- Seleccione a ficha existente, usando <Enter> ou duplo-click ou use F10 para sair da lista.

Exemplo de abertura e lançamento da ficha A-04 PAV (figura 6):

A-04 (PAV)

-

S.I.S.

-

Ministério da Saúde Moçambique

-

Versão 1.0

Unidade de Saúde: 070101 H.C.BEIRA

Mês: 01/2003

Écran 1

1b1

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DISTRITO DE: Cidade da Beira

UNIDADE SANITÁRIA: H.C.BEIRA

Mês: 01/ 2003

P A V

Grupo etário Vacinas	0-11 MESES	12 MESES OU MAIS	TOTAL APLICADAS	DESPERDIÇADAS
BCG			0	
PÓLIO APLICAÇÃO PRIMÁRIA			0	PÓLIO
PÓLIO 1ª DOSE			0	
PÓLIO 2ª DOSE			0	
PÓLIO 3ª DOSE			0	
DPT/Hep.B 1ª DOSE			0	DPT
DPT/Hep.B 2ª DOSE			0	
DPT/Hep.B 3ª DOSE			0	
SARAMPO			0	
CRIANÇAS COMPLETAMENTE VACINADAS				

8) Número de dias em que as brigadas móveis trabalham durante o mês

Registo Novo				F10 P.Trás	Ctrl-F10 Saida	Alt-F4 -> Windows
Ctrl-0 OK	Ctl-S Gravar	F2 Apagar	PgDn Proxima	PgUp Preced.	Écrans	1/340

Figura 6: Entrada de dados na ficha A-04 PAV

Opções de comando, por teclado:

- **Enter:** aceita os dados e move-se para o campo de dados seguintes.
- **Setas:** move-se para adiante e para traz, através dos campos de dados.
- **Pg Up/Pg Dn:** move-se para o ecrã seguinte/anterior.
- **Ctrl-S:** grava a ficha antes de sair (gravação intermediária)

- **F2:** apagar a ficha – necessária confirmação (Sim/Não)
- **Ctrl-O:** gravar e sair da ficha
- **F10:** sair da ficha; em caso de alguma alteração, confirmação, “Gravar? Sim/Não/Cancelar” é necessária
- **Ctrl-F10:** retornar ao menu do programa principal em caso de alguma alteração, confirmação “Gravar? Sim/Não/Cancelar” é necessária
- **Alt-F4:** regressar ao Windows; em caso de alguma alteração, confirmação “Gravar? Sim/Não/Cancelar” é necessária

Parte Prática – 100 min

Os alunos (em grupo) vão praticar o lançamento de dados

BLOCO 4: APAGAR FICHAS

75 min

Subdivida o bloco em duas partes:

- Parte teórica – o docente explica o processo com ilustração em data-show – 15 min
- Parte prática – os alunos (4 grupos) praticam – 60 min

Parte Teórica – 15 min

Apagar fichas definitivamente do sistema é um processo manual que ocorre quando se procede a limpeza de dados antigos (figura 7).

A-04 (PAU) - Apagar Dados

Área: Distrito

País: 01 MOZAMBIQUE

Provincia: 07 SOFALA

Distrito: 01 Cidade da Beira

Do Mês: 01 Ano: 2004

Até Mês: 01 Ano: 2004

! >>>>> APAGAR <<<<< !

! 1 Fichas !

Sim Não Cancelar

Figura 7: Processo de Limpeza de dados

Método:

- Seleccionar a Área – Ver em Cima
- Seleccionar Códigos de Área – Ver em Cima
- Seleccionar Período – Ver em Cima
- O Sistema verifica o número de fichas correspondentes
- Mensagem de necessidade de confirmação, aparece (figura 8)

! >>>>> APAGAR <<<<< !

! 1 Fichas !

Sim Não Cancelar

Figura 8: Confirmação de apagamento de dados

- Confirmar Eliminação: Sim/Não/Cancelar
- O processo de apagar, elimina automaticamente todas as fichas seleccionadas no sistema.

Parte Prática – 60 min

Os alunos (em grupo) vão praticar apagar dados. Não necessariamente devem apagar os dados, pois se o fizerem, não poderão recuperar! O importante é saber os passos!

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

5 min

- 5.1 Para iniciar o programa SIS no módulo básico deve-se fazer um Duplo-click no Icon S.I.S. no Windows Menu para aceder ao menu principal.
- 5.2 O menu principal do módulo básico contém janelas que permitem aceder
 - Aos Relatórios
 - Codificar áreas
 - População
 - Sistemas
 - Exportação e importação de dados
 - Apagar dados
- 5.3 Para aceder a uma ficha deve-se clicar na imagem da ficha pretendida
- 5.4 Apagar fichas definitivamente do sistema é um processo manual que ocorre quando se procede a limpeza de dados antigos

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração III	Nº da Aula	12
Tópico	Sistema de Informação de Saúde	Tipo	Teórico-prática
Conteúdos	SIS na Sala de Informática – Parte 3	Duração	5 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

- 1 Produzir e exportar para Excel os relatórios através do programa do Pacote Básico.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Duração
1	Introdução à Aula	5 min
2	Agregação de dados	75 min
3	Exportação de dados para Excel	140 min
4	Importação de dados	75 min
5	Pontos-chave	5 min

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Computadores com o programa SIS Módulo Básico Instalado – idealmente 1 computador por aluno, mas poderá ser 4 computadores para 4 grupos de formandos

1 computador para o docente com o módulo básico instalado com data-show, para ilustrar os passos

Trabalhos para casa (TPC), Exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

1. *Manual Teórico do Curso de Sistemas de Informação Distrital HISP, versão 2*”, Maputo, 2003
2. *Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde*”, Roberto Gnesotto e António Sitói, MISAU, DPC, Maputo, 1990;
3. *O Sistema de Informação para a Saúde*” – Texto de Formação, António V. Sitói, MISAU, DPC, Maputo, 1997

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

5 min

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação do equipamento e dos materiais

BLOCO 2: AGREGAÇÃO DE DADOS

75 min

Subdivida o bloco em duas partes:

- Parte teórica – o docente explica o processo com ilustração em data-show – 15 min
- Parte prática – os alunos (4 grupos) praticam – 60 min

Parte Teórica – 15 min

O processo de agregação de dados permite visualizar e imprimir fichas de dados combinados para qualquer área ou período.

Método

1. Seleccione a Área (Nacional, Provincial, Distrito, Unidade) (figura 1)
2. Seleccione os códigos de área
3. Seleccione o Período
4. As fichas combinadas são automaticamente reflectidas.

1. Seleccione a área



Figura 1: Janela de área

Opções disponíveis: País – Província – Distrito – Unidade sanitária - Grupo

Para aceder ao campo de selecção de área:

- Clique o campo de área com o rato (mouse)
- Ou use a tecla de função F10
- Ou use a seta para cima, para se deslocar para a selecção de área.

Para alterar a selecção de área:

- Use PgUp/PgDn para próxima/anterior selecção de área
- Clique seta para baixo no campo *área* para abrir a lista e clique ou use as setas e <enter> para seleccionar. Depois do clique pressione <Enter> para abandonar o campo de área.

2. Seleccionar Códigos de Área e o Período

- Selecciona o País, Província, Distrito, unidade Sanitária ou Grupo, para a qual os dados devem ser combinados.
- Use F8 em qualquer campo de código de área para listar as fichas gravadas para essa área.

3. Seleccionar o Período: a partir do mês/ano até ao mês/ano, para os quais os dados

devem ser combinados.

Uma vez que a área e o período estejam seleccionados, o sistema primeiro procura as fichas coincidentes.

Nb: caso não seja encontrada nenhuma ficha, é mostrada uma mensagem e o cursor retorna ao último campo de código da área encontrada; enquanto que caso seja encontrada alguma ficha, é mostrado o primeiro ecrã de fichas combinadas.

Atenção: o canto inferior direito da barra de comandos reflecte o número de registos seleccionados para a área/período seleccionado pelo número total de fichas gravadas no sistema.

Parte Prática – 60 min

Os alunos (em grupo) vão praticar a agregação dos dados

BLOCO 3: EXPORTAÇÃO DE DADOS PARA EXCEL

140 min

Subdivida o bloco em duas partes:

- Parte teórica – o docente explica o processo com ilustração em data-show – 40 min
- Parte prática – os alunos (4 grupos) praticam – 100 min

Parte Teórica – 40 min

O processo de exportação de dados do módulo básico para o Excel consiste nas seguintes etapas:

- Seleccionar a área
- Seleccionar os códigos de área
- Seleccionar o período
- É reflectido o número de fichas encontradas
- Escreva ou selecione o nome do ficheiro de exportação
- Confirmar a exportação: clique Sim/Não/Cancelar
- Ficheiro (Zip) de Exportação criado automaticamente: (Não enviado automaticamente por e-mail. O Envio deve ser feito manualmente)

1. Seleccionar a área, códigos de área e o período: idêntico aos dados combinados (ver em cima)

2. Nome do Ficheiro de Exportação (figura 2)

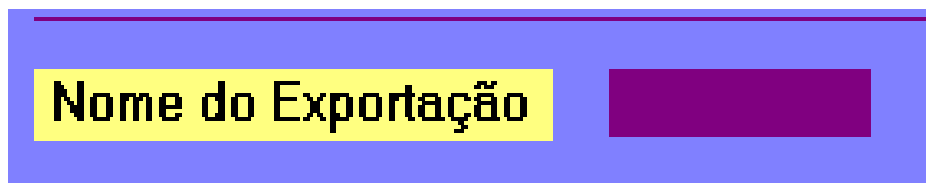


Figura 2: Ficheiro de Exportação

- Escreve qualquer nome de ficheiro ou selecione um, usando o rato, a partir da lista de nomes.
- O comprimento máximo do nome do ficheiro é de oito caracteres.
- Use apenas uma combinação de caracteres de A – Z, e/ou, 0 - 10.
- Uma vez o nome escrito ou seleccionado, o sistema verifica se este ficheiro já existe ou não.

2.1 Caso exista:

- O sistema verifica se o nome do ficheiro esta certo.
- Se o nome existente estiver já em uso, o sistema pergunta se os registos existentes nesse ficheiro deverão permanecer ou ser apagados no processo de exportação. Se for escolhida a opção “Apagar”, apenas as fichas recentemente seleccionadas aparecerão no ficheiro de exportação. Caso contrario, as fichas já existentes permanecerão no ficheiro e as novas fichas serão adicionadas. Deste modo, é possível adicionar fichas para áreas e/ou períodos diferentes, para o mesmo ficheiro de exportação.
- Use a tecla de função F4 para visualizar as fichas já existentes no ficheiro de exportação já existente.
- Navegue pela lista usando as setas ou o rato.
- Use F10, Escape ou <Enter> para remover a lista do écran.

2.2 Caso não exista o ficheiro de exportação, então será criado um novo.

3. Lista dos nomes dos Ficheiros de Exportação (figura 3)

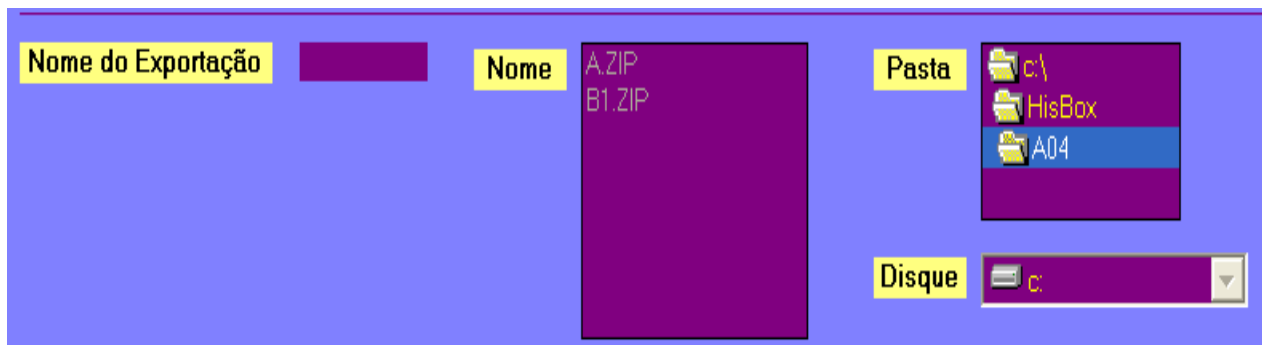


Figura 3: Lista dos nomes dos ficheiros de exportação

- Use o rato (ou a tecla Tab e as setas) para aceder ao nome do ficheiro de exportação, Directório e/ou campos do Drive de exportação
- Use as setas ou o rato para seleccionar o Directório e/ou Drive
- O ficheiro de exportação vai ficar no Drive/directório seleccionado e a partir de onde pode ser enviado por e-mail ou pode ser copiado para o flash-drive
- O Drive/Directório por defeito reflectido é o último seleccionado pelo utilizador em anteriores acções

Nb: **Ctrl-O** aceitará automaticamente todas os campos reflectidos no ecrã e continuar com a janela de confirmação de exportação (caso existam fichas que correspondam aos campos seleccionados).

Exemplo de Exportação (figura 4):

A. Para o Disco duro e e-mail:

Província: Sofala

Período: Janeiro de 2004

Fichas - Exportação

Área:

País: Do Mês: Ano:

Provincia: Até Mês: Ano:

Nome do Exportação: Nome:

Pasta:

Disque:

Figura 4: Exemplo de exportação de fichas

Passos:

1. Selecção de área: “provincia”
2. Seleccione a sua província (exemplo Sofala)
3. Seleccione a partir de mês/ano = 01/2004
4. Até mês/ano = 01/2004
5. O sistema procura o número de fichas correspondentes, encontradas. Caso não encontre nenhuma, verifica o distrito e o período. O Número de fichas correspondentes aparece no canto inferior direito do ecrã.
6. Escreva o nome do ficheiro de exportação: SF0104 (SF = Sofala, 01=Janeiro1, 04=Ano) ou outro nome qualquer (figura 5).

Nome do Exportação

Figura 5: Exemplo de ficheiro de exportação

7. Verifique se o directório esta em C:\Caixa1\Fichas as Fichas (figura 6)

Pasta

Disque

Figura 6: Exemplo de Directório

8. Pressione <Enter> ou Ctrl-O para confirmar.
9. O sistema pede confirmação para fazer a exportação (figura 7).

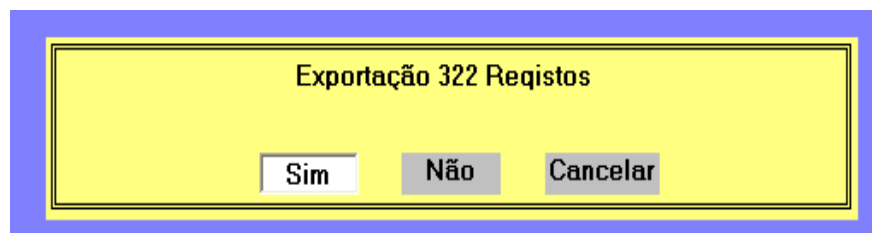


Figura 7: Exemplo de Pedido de Confirmação de Exportação

10. Pressione <Enter> para confirmar exportação. O sistema inicia o processo de exportação. Por favor aguarde até que a exportação esteja completa.
11. Aparece a mensagem: Exportação Ok. Fim do processo (figura 8).

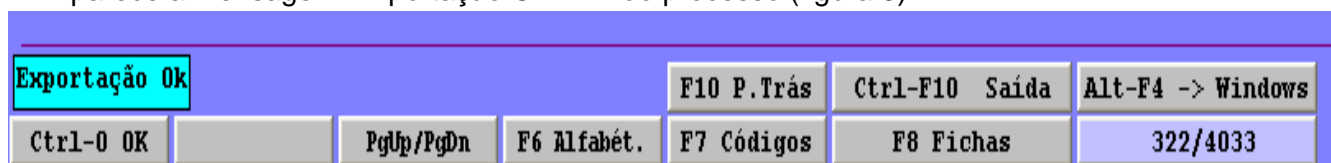


Figura 8: Confirmação de Exportação

B. Exemplo de exportação de dados de um distrito para uma diskette (figura 9)

Exemplo: Distrito: Beira
Período: Janeiro 2004

 A screenshot of a software form titled "Fichas - Exportação". The form has several input fields:

- Área:** A dropdown menu showing "Distrito".
- País:** "01 MOZAMBIQUE"
- Provincia:** "07 SOFALA"
- Distrito:** "01 Cidade da Beira"
- Do Mês:** "01" and **Ano:** "2004"
- Até Mês:** "01" and **Ano:** "2004"
- Nome do Exportação:** "BE0104"
- Nome:** A large empty text area.
- Pasta:** A file explorer icon showing a folder named "a:\".
- Disque:** A dropdown menu showing "a:".

 At the bottom of the form, there is a yellow dialog box titled "Exportação 1 Registos" with buttons "Sim", "Não", and "Cancelar".

Figura 9: Exportação de dados para diskette

Passos:

1. Selecção de Área: 'Distrito'
2. Seleccione o Seu Distrito (exemplo Beira)
3. seleccione a partir de Mês / Ano = 01 / 2004
4. Até Mês / Ano = 01 / 2004
5. O sistema procura o número de fichas correspondentes, encontradas. Caso não encontre nenhuma, verifica o distrito e o período. O Número de fichas correspondentes aparece no canto inferior direito do ecrã.
6. Escreva o nome do Ficheiro de Exportação: BE0104 (BE = BEIRA, 01=Janeiro1, 04=Ano) ou outro nome qualquer (figura 10).

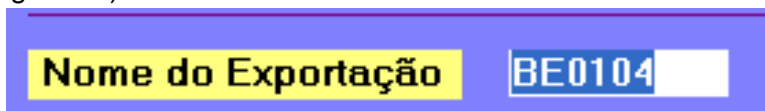


Figura 10: Nome de ficheiro de exportação

7. Verifica se o Directório esta em A:\ (figura 11)

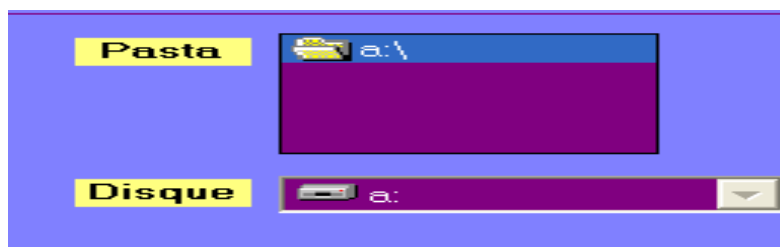


Figura 11. Exemplo de verificação de directório

8. Pressione <Enter> ou Ctrl-O para confirmar.
9. O sistema pede confirmação para exportação (figura 12).

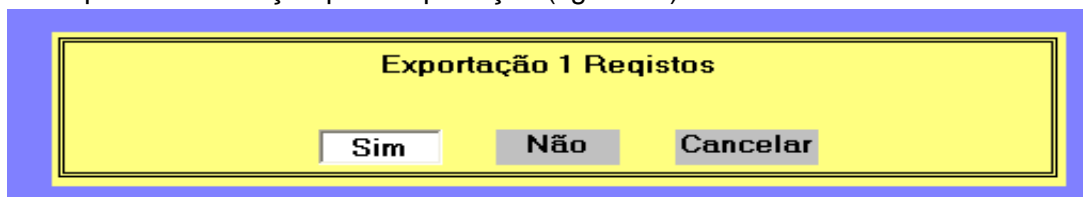


Figura 12: Confirmação de exportação

10. Pressione <Enter> para confirmar a exportação. O sistema inicia o processo de exportação. Aguarde até que este processo esteja concluído.
11. Aparece a mensagem 'Exportação Ok'. Fim do processo (figura 13)

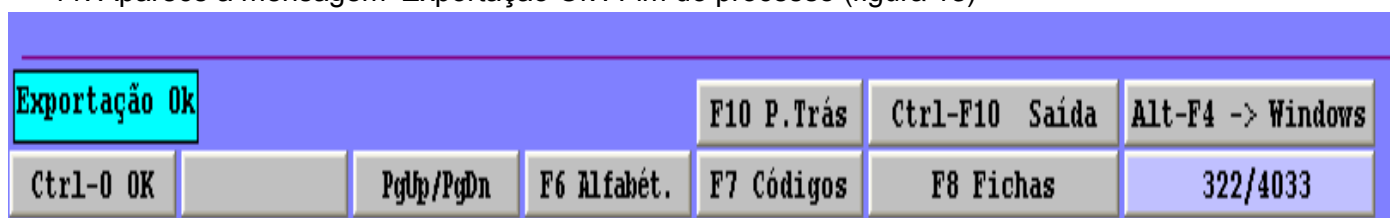


Figura 13: Confirmação de exportação

Parte Prática – 100 min

Os alunos (em grupo) vão praticar a exportação de dados

BLOCO 4: IMPORTAÇÃO DE DADOS

75 min

Subdivida o bloco em duas partes:

- Parte teórica – o docente explica o processo com ilustração em data-show – 15 min
- Parte prática – os alunos (4 grupos) praticam – 60 min

Parte Teórica – 50 min

Para importação de dados seguem-se as seguintes etapas:

- Seleccione a Área
- Seleccione Códigos de Área
- Seleccione o Período
- Escreva ou Seleccione o nome/directório/drive do Ficheiro de Importação (=Exportação)
- Confirmar Importação Sim/Não/Cancelar
- O processo de Importação, importa fichas automaticamente para o seu sistema
- As Fichas Existentes tendo o mesmo código de unidade sanitária, mês e ano, serão sobrepostas pelas fichas importadas

Ex.: Crie uma ficha nova, exporte essa ficha e depois altere os dados da ficha no sistema. Importe a ficha que havia exportado (com os dados não alterados) e resultará que as alterações sejam sobrepostas pelos dados antigos (figura 14).

The screenshot shows the 'Fichas - Importação' window. It features a yellow title bar and a blue background. The interface includes several input fields and a file selection dialog.

Geographical and Temporal Data:

- Área:** Distrito (dropdown menu)
- País:** 01 MOZAMBIQUE
- Provincia:** 07 SOFALA
- Distrito:** 01 Cidade da Beira
- Do Mês:** 01
- Ano:** 2004
- Até Mês:** 01
- Ano:** 2004

File Information:

- Nome do Exportação:** (empty field)
- Nome:** BE0104.ZIP
- Pasta:** c:\Caixa1\Fichas (file selection dialog showing folders)
- Disque:** C: (drive selection dropdown)

Figura 14: Processo de Importação de dados

Etapas:

1. Seleccione a área, códigos de área e período: Idêntico à combinação de dados (ver em cima)
2. Importar nome do ficheiro
 - Escreva qualquer nome de ficheiro ou seleccione um nome, usando o rato a partir da lista de nomes.
 - Nome do ficheiro / Directório / Drive devem estar correctos, para serem aceites pelo sistema.
 - Uma vez o nome escrito ou seleccionado, o sistema verifica imediatamente se o ficheiro já existe ou não.

Caso Exista:

- O sistema verifica se o nome do ficheiro está correcto.
- Use a tecla de função F4 para obter uma listagem das fichas já existentes no ficheiro de importação seleccionado. Navegue pela lista usando o rato ou as setas. Use F10, Escape ou <Enter> para remover a lista do ecrã.

Exemplo Prático de Importação

A. Importar Dados do Distrito (figura 15)

Exemplo: Distrito: Beira
Período: Janeiro de 2004

The screenshot shows a software window titled "Fichas - Importação" with a blue background. At the top, there's a yellow header bar with the title. Below it, the "Área" is set to "Distrito" in a dropdown menu. The "País" is "01 MOZAMBIQUE", "Província" is "07 SOFALA", and "Distrito" is "01 Cidade da Beira". To the right, "Do Mês" is "01" and "Ano" is "2004", with "Até Mês" also set to "01" and "Ano" to "2004". Below these, "Nome do Exportação" is "BE0104" and "Nome" is "BE0104.ZIP". The "Pasta" field shows a folder tree with "c:\", "Caixa1", and "Fichas" (selected). The "Disque" field shows "C:". At the bottom, a yellow dialog box titled "Importação 1 Registos" contains "Sim", "Não", and "Cancelar" buttons.

Figura 15: Exemplo de Importação de dados

Passos:

1. Selecção de Área: 'Distrito'
2. Seleccione o seu Distrito (exemplo Beira)
3. Seleccione de a partir de Mês/Ano = 01 / 2004
4. Seleccione até Mês /Ano = 01 / 2004
5. O sistema verifica o número de fichas correspondentes encontradas. Caso nenhuma tenha sido encontrada, verifica o distrito e o período. O número de fichas correspondentes encontradas, são reflectidas no canto inferior direito do ecrã.
6. Pressione <Enter> ou Ctrl-O para confirmar.
7. O sistema Pede Confirmação de importação (figura 16).

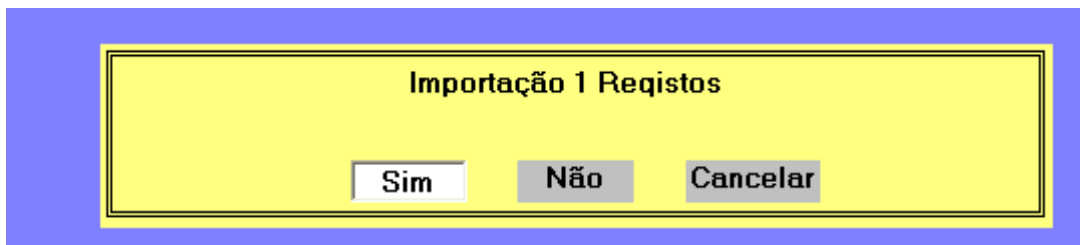


Figura 16: Confirmação da importação de dados

8. Pressione <Enter> para confirmar importação. Sistema inicia o processo de importação. Aguarde até que o processo de importação esteja completo.
9. Aparece a mensagem de importação terminada (figura 17).

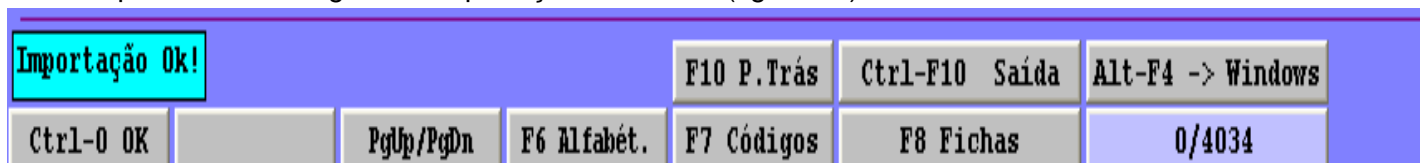


Figura 17: Confirmação da Importação de dados

Parte Prática – 60 min

Os alunos (em grupo) vão praticar a importação de dados

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

5 min

- 5.1 O processo de agregação de dados permite visualizar e imprimir fichas de dados combinados para qualquer área ou período.
- 5.2 O processo de importação ou exportação de dados do módulo básico para o Excel consiste nas seguintes etapas:
 - Seleccione a Área
 - Seleccione Códigos de Área
 - Seleccione o Período
 - Escreva ou Seleccione o nome/directório/drive do Ficheiro de Importação/Exportação
 - Confirmar Importação/exportação: Sim/Não/Cancelar
 - O processo de Importação/exportação, importa/exporta fichas automaticamente para o seu sistema.