

TÍTULO DA PRÁTICA:

Melhoria na qualidade das informações geradas pelo ACS no Sistema Cadastral Familiar e melhor conhecimento da população das equipes de Saúde da Família.

CÓDIGO DA PRÁTICA:

T3

1 **a) Situação problema e/ou demanda inicial que motivou ou requereu o**
2 **desenvolvimento desta atividade:**

3 Até o ano de 2011 a produção dos Agentes Comunitários de Saúde era realizada
4 manualmente em um relatório consolidado e enviado a digitação, no CPD. No
5 entanto, muitos problemas existiam: havia equipes que não enviavam os
6 relatórios para digitação, não havia cobrança dos relatórios faltantes, havia
7 problemas com a grafia e a falta de digitação dos campos, já a falta de
8 atualização das fichas cadastrais gerava uma série de problemas, como o envio
9 de dados desatualizados ao MS, além da falta de conhecimento da população e
10 seus problemas de saúde, como diabéticos, hipertensos e gestantes
11 acompanhadas. Dessa forma tínhamos uma baixa produção encaminhada ao MS.

12 Para se ter uma idéia das atualizações: no ano de 2009, foram atualizadas no
13 Sistema Cadastral Familiar 9.150 fichas; no ano de 2010, 22.318 fichas; no ano
14 de 2011, 46884 fichas; e em 2012 (até 31 de outubro) já foram atualizadas 59.251
15 fichas.

16 **b) Alinhamento da prática a identidade organizacional:**

17 A Estratégia saúde da família (ESF) veio para consolidar como porta de entrada
18 da atenção primária e reorientação do modelo assistencial, visando atenção
19 integral, continua e resolutiva da população, onde o foco passa a ser a família –
20 objeto de atenção, estabelecendo vínculo de compromisso e co-responsabilização



21 com a população. O trabalho realizado pela ESF está baseada na promoção de
22 saúde, prevenção de doenças e cuidado com as doenças crônicas baseado no
23 território de abrangência do CS, dessa forma o ACS tem um papel de destaque
24 sendo o elo de ligação entre a comunidade e os serviços prestados pelo CS.
25 Portanto, o amplo conhecimento do município proporciona à Prefeitura de
26 Florianópolis um melhor planejamento e direcionamento de políticas públicas
27 visando a uma melhor qualidade de vida da população.

28 **c) Objetivos:**

29 Melhorar a qualidade da informação enviada ao MS; melhorar a qualidade da
30 informação para planejamento das ações das equipes de Saúde da Família;
31 conhecer a população da equipe e seus problemas de saúde (marcadores).

32

33 **d) Gestão da boa prática (nome dos líderes, metodologia e como a prática é 34 acompanhada):**

35 Líderes: Isabela A. B. Luclktenberg; Marcos Aurélio Geremias;

36 Metodologia:

37 Através de várias reuniões ocorridas nos anos de 2010 e 2011 com os distritos
38 sanitários e com as gerências de planejamento, atenção básica e informática
39 foram organizados os fluxos do cadastro família, determinando algumas
40 mudanças no preenchimento dos dados.

41 Decidiu-se vincular a atualização cadastral com a visita domiciliar, dessa forma
42 todas as visitas geradas passaram a ser inseridas dentro do Sistema Cadastral
43 Familiar vinculando a ficha familiar, obrigando necessariamente a atualização e
44 inserção de novos cadastros.

45 No ano de 2011 foi realizado treinamento em todos os Centros de Saúde para
46 Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde e em janeiro de 2012
47 informatizamos a produção dos Agentes Comunitários de Saúde, com a inserção



48 do SSA2 dentro do Sistema Cadastral Familiar. A prática é acompanhada
49 diariamente, através do suporte aos ACS e monitoramento da produção mensal.

50 **e) Período de intervenção:**

51 No ano de 2011, a partir do mês de julho, testamos as mudanças da geração do
52 relatório do SSA2 realizado através do Sistema Cadastral Familiar em todos os
53 Centros de Saúde (CS). Pudemos verificar as dificuldades e vantagens e
54 aceitação de toda a rede. Como os resultados foram positivos, foi decidido a
55 validação a partir de janeiro de 2012.

56 **f) Parcerias estabelecidas:**

57 O trabalho foi realizado em equipe, com as Gerências de Atenção Primária; de
58 Planejamento e Informática; com os Distritos Sanitários de Saúde; Centros de
59 Saúde e Equipes de ESF / EACS.

60 **g) Recursos humanos e financeiros envolvidos:**

61 O trabalho foi realizado por toda a rede de saúde, equipes de ESF / EACS;
62 Distritos Sanitários; Gerências do nível central: Atenção Primária; Planejamento e
63 Informática.

64 Os recursos gastos foram na instalação de computadores nos Centros de Saúde
65 que não tinham computador exclusivo para o cadastramento, instalação da rede
66 lógica e readequação de espaço físico.

67 **h) Atividades implementadas:**

68 Para manter a qualidade da informação gerada ao MS são necessárias as
69 seguintes atividades:

70 • Treinamento em cadastro família na Rede de Atenção em Saúde na
71 retirada de dúvidas e funcionamento do sistema CADFAM.

72 • Suporte aos agentes de saúde e enfermeiros da rede, no preenchimento da
73 produção do SSA2, através de ligações diárias – em torno de 30 ligações por dia.



- 74 • Monitoramento da produção do Agente Comunitário de Saúde - SSA2,
75 através do relatório gerado e com a aprovação e liberação pelo Enfermeiro
76 Supervisor.
- 77 • Auditoria dos dados encaminhados a base nacional do SSA2, através do
78 TABNET do DATASUS.
- 79 • Envio mensal aos Distritos Sanitários dos relatórios de produção dos
80 Agentes Comunitários de Saúde (SSA2); produção das equipes (PMA2 e PMA2
81 complementar) para monitoramento dos dados de produção de seus respectivos
82 Centros de Saúde e cobrança de atualização do sistema cadastral familiar.
- 83 **i) Abrangência da prática em Saúde:**
- 84 A prática se dá em todos os níveis da secretaria, desde o ACS quando inseri as
85 informações no Sistema, o Enfermeiro Supervisor que aprova e libera a produção,
86 repassando as informações a Gerência de Atenção Básica, que monitora, solicita
87 correções quando necessário e valida para a Gerência de Informática enviar os
88 dados ao MS. Depois os dados são enviados as Gerências, Distritos Sanitários
89 para que possam encaminhar aos Centros de Saúde.
- 90 **j) Características inovadoras:**
- 91 No preenchimento manual do SSA2 o campo visita era apenas um número, não
92 estando relacionado com as famílias. Com a vinculação da visita domiciliar com a
93 atualização cadastral e geração do relatório de produção, as visitas domiciliares
94 passaram a estar ligadas no preenchimento do cadastro da família, assim o
95 sistema gera um relatório das visitas para um maior controle do ACS e do
96 Enfermeiro Supervisor, podendo ser utilizado pela equipe de ESF no
97 monitoramento das famílias visitadas.
- 98 **l) Aprendizado:**
- 99 A prática consistiu em aprimoramento do Sistema Cadastral Familiar com a
100 introdução informatizada do relatório de produção dos Agentes Comunitários de



101 Saúde e melhoria na captação dos dados referente ao cadastramento da
102 população de Florianópolis.

103 **m) Integração:**

104 O trabalho foi realizado em equipe, com as Gerências de Atenção Primária; de
105 Planejamento e Informática; com os Distritos Sanitários de Saúde; Centros de
106 Saúde e Equipes de ESF / EACS.

107 **n) Impacto direto da prática:**

108 Melhoria significativa dos dados enviados e validados pelo MS, não há perda de
109 informação.

110 **o) Eficiência:**

111 Melhoria significativa das informações inseridas no Sistema de Informação e que
112 gera os dados para o monitoramento de vários indicadores de saúde, como os
113 indicadores do PMAQ, relacionados a produção dos ACS.

114 **p) Resultados obtidos:**

115 Podemos citar vários benefícios das mudanças ocorridas, já em curto prazo de
116 tempo:

- 117 • maior ligação entre os níveis da SMS: CS; Distritos Sanitários; Gerências;
- 118 • qualificação da informação enviada ao MS; ou seja, não há perda de
119 informação. A produção enviada ao MS é a produção validade e disponibilizada
120 no TABNET do DATASUS.
- 121 • atualização cadastral mensalmente;
- 122 • maior conhecimento da população da cidade;
- 123 • utilização dos dados nas atividades de planejamento das ações dos CS,
124 como população a ser cadastrada nas campanhas de vacinação de crianças e
125 idosos; além de conhecer pontualmente os marcadores.



1ª Edição do Prêmio de Boas Práticas em Saúde de Florianópolis

Caminhos para uma transição governamental adequada

Oficina de Avaliação, 13 de novembro de 2012

- 126 • ampliação da cobertura de população cadastrada, de 85,15%, em
127 dezembro de 2011, para 88,42%, em outubro de 2012. O indicador trabalhado
128 “AMPLIAR A COBERTURA POPULACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA POR MEIO
129 DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, para o ano de 2012, era de alcançar 88%
130 no mês de dezembro. Antes da força tarefa ocorrida a partir de 2006, o percentual
131 de população cadastrada era por volta de 40%.

