

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – UAB
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO – EA
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

RENAN SCHULZ DA SILVA

**APRIMORANDO OS FORMULÁRIOS DE REGISTRO DE SISTEMAS DE
INFORMAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA

2019

RENAN SCHULZ DA SILVA

**APRIMORANDO OS FORMULÁRIOS DE REGISTRO DE SISTEMAS DE
INFORMAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização
apresentado como requisito parcial para obtenção
do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior

SANTO ANTÔNIO DA PATRULHA

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Renan Schulz

Aprimorando os Formulários de Registro de Sistemas de Informação da Rede de Atenção Psicossocial / Renan Schulz Silva. -- 2019.

57 f.

Orientador: Prof. Dr. Aragon Érico Dasso Júnior.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Gestão em Saúde. 2. Registro Eletrônico em Saúde. 3. Sistemas de Informação em Saúde. 4. Rede de Atenção Psicossocial. 5. Indicadores em Saúde. I. Dasso Júnior, Prof. Dr. Aragon Érico, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Renan Schulz da Silva

**APRIMORANDO OS FORMULÁRIOS DE REGISTRO DE SISTEMAS DE
INFORMAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador(a): Nome e Sobrenome

Coorientador(a): Nome e Sobrenome

AGRADECIMENTOS

Aos professores, orientadores e tutores,

Aos colegas e familiares,

Aos meus pais,

A Deus

RESUMO

Este trabalho buscou analisar o processo de Registro Eletrônico em Saúde (RES) realizado pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), verificando os formulários correspondentes de registro dos respectivos Sistemas de Informação (SIS) do Datasus. A pesquisa científica foi conduzida através de coleta e análise de dados públicos e documentos de livre acesso, e investigação de artigos científicos referentes ao assunto nas bases de dados SciElo, SABI-UFRGS, BVS, LILACs e PUBMED. O objetivo geral foi buscar uma maior eficiência, verificando a necessidade e possibilidade do aprimoramento dos formulários no processo de registro, compatibilizando e contextualizando com a dinâmica de trabalho da RAPS, apontando desafios enfrentados pelos trabalhadores e equipes nos processos de registro e envio, bem como as dificuldades de acesso e visualização dos dados por parte dos gestores para fins de gestão em saúde na RAPS. Por fim, abordando os indicadores em saúde mental utilizados e informações necessárias para o cálculo, procurou-se conscientizar os gestores e profissionais de que a construção de indicadores em saúde mental mais fidedignos parte de um maior número de registros das ações e procedimentos realizados pelos profissionais. Os resultados demonstram a quantidade elevada de campos de preenchimento, com muitas repetições, e sugere que os formulários possam ser mais estudados e revistos pelos profissionais, a fim de conciliar a dinâmica de atendimentos com o preenchimento dos formulários de registros. Assim aperfeiçoando os formulários, é possível que tenham o preenchimento mais eficiente, assim beneficiando os usuários, profissionais, gestores e a Gestão em Saúde.

Palavras-Chave e descritores: Gestão em Saúde; Rede de Atenção Psicossocial; Registros Eletrônicos de Saúde, Sistemas de Informação em Saúde; Indicadores em Saúde Mental;

ABSTRACT

This work aimed to analyze the Electronic Health Record (RES) process carried out by the professionals of the Psychosocial Care Centers (CAPs), verifying the corresponding registration forms of the respective Information Systems (SIS) of Datasus. The scientific research was conducted through the collection and analysis of public data and documents of free access, and investigation of scientific articles related to the subject in the databases SciElo, SABI-UFRGS, VHL, LILACs and PUBMED. The overall objective was to seek greater efficiency, verifying the need and possibility of the improvement of the forms in the registration process, reconciling and contextualizing with the work dynamics of the RAPS, pointing out challenges faced by workers and teams in registration and dispatch processes, as well as the difficulties of access and visualization of the data by the managers for purposes of health management in the RAPS. Finally, addressing the mental health indicators used and information necessary for the calculation, it was sought to make managers and professionals aware that the construction of more reliable mental health indicators is based on a greater number of records of actions and procedures performed by professionals. The results demonstrate the high number of filling fields, with many repetitions, and suggests that the forms can be further studied and reviewed by the professionals, in order to reconcile the dynamic of attendance with the filling of the registration forms. Thus, by improving the forms, it is possible that they have the most efficient filling, thus benefiting users, professionals, managers and Health Management.

Keywords: Health Management; Electronic Health Records, Health Information Systems; Indicators in Mental Health;

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Indicadores da Matriz de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde | 25 |
| Quadro 2 – Indicadores para Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial de Tipo III | 27 |
| Quadro 3 – Principais Formulários da RAPS e Sistemas de Informação Correspondentes . | 33 |
| Quadro 4 – Principais códigos de procedimento da RAAS para uso nos CAPS | 36 |
| Quadro 5 – Profissões autorizadas para registro de atendimento individual na RAAS | 37 |
| Quadro 6 – Campos de preenchimento do BPA-I | 37 |
| Quadro 7 – Campos de preenchimento do BPA-C | 38 |
| Quadro 8 – Principais códigos de procedimentos para uso no BPA-C pelos CAPS | 39 |
| Quadro 9 – Informações solicitadas no formulário SINAN | 40 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPA-I – Boletim de Produção Ambulatorial – Dados Individualizados
BPA-C – Boletim de Produção Ambulatorial – Dados Consolidados
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Cartão Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde
DAS – Departamento de Atenção à Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DVS – Departamento de Vigilância em Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Instituto Oswaldo Cruz
FPO – Ficha de Programação Orçamentária
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
NAAB – Núcleo de Apoio à Atenção Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PRO-ADESS – Projeto de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAAS – Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS – Sistemas de Informação em Saúde
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
UA – Unidade de Acolhimento
UAB – Universidade Aberta do Brasil
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | JUSTIFICATIVA | 16 |
| 3 | REVISÃO TEÓRICA | 18 |
| 3.1 | Centros de Atenção Psicossocial | 18 |
| 3.2 | Sistemas de Informação em Saúde | 24 |
| 3.3 | Indicadores em Saúde | 26 |
| 4 | OBJETIVOS | 29 |
| 5 | METODOLOGIA | 30 |
| 6 | ANÁLISE E DISCUSSÃO | 32 |
| 7 | CONCLUSÃO | 43 |
| | REFERÊNCIAS | 48 |
| | ANEXO A - FORMULÁRIO DE REGISTRO RAAS | 52 |
| | ANEXO B - FORMULÁRIO DE REGISTRO BPA-I | 54 |
| | ANEXO C - FORMULÁRIO DE REGISTRO BPA-C | 55 |
| | ANEXO D - FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) | 56 |

1. INTRODUÇÃO

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil ocorre na década de 70, influenciado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, reduzindo o isolamento dos pacientes e incentivando a convivência comunitária. Em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental busca reformular a assistência psiquiátrica em relação ao cuidado com os usuários, denunciando casos de negligência, isolamento, tortura e mortes ocorridas em hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 2018). A reforma psiquiátrica brasileira ocorre no contexto histórico e político do regime militar, de 1964 a 1985, a promulgação da Constituição de 1988 e oficialização do SUS na lei federal nº 8.080 de setembro de 1990. No ano de 2001 a lei federal nº 10.216 expressa os direitos básicos das pessoas portadoras de transtornos mentais e preconizando “uma sociedade sem manicômios”. O dia da luta antimanicomial, 18 de maio, marca a transformação na atenção e cuidados em saúde mental no Brasil, buscando “despertar o pensamento crítico na sociedade sobre a violência institucional da psiquiatria e a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico” (AMARANTE, 2018, p. 2070). A reinserção social como condição terapêutica passa a ter relevância, com abordagens de tratamento que consideram as dimensões comunitárias e culturais, estimulando, a autonomia e a subjetividade dos usuários em seus cuidados, com os princípios da reabilitação, desinstitucionalização e territorialização (AMARANTE, 2017).

A lei federal nº 10.216/2001 e as portarias nº 336/2002, nº3.088/2011 e nº 3.588/2017 determinam a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como unidades estratégicas de atenção à saúde mental (ABRAHAO, 2017). A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes serviços: Centros de Atenção Psicossocial, Serviço Residencial Terapêutico, Unidade de Acolhimento, Hospitais Gerais, Hospitais Especializados, Hospital Dia, Unidade Básica de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Consultório na Rua, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Atenção Básica, ainda Escola de Redutores de Danos, Comunidades Terapêuticas, Ambulatórios de Saúde Mental, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Enfermarias Especializadas em Hospital Geral e Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, além do programa de Volta para Casa, para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2011). Como reitera Onocko-Campos (2017), os CAPS são mantidos como o recurso principal no modelo normativo e na prática da RAPS.

Conforme aponta Barros (2011, p. 1783) “O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil avança na medida em que mecanismos de gestão são criados e implementados para ampliar a rede de serviços.”. Um dos mecanismos de gestão utilizados para avaliação dentro da Rede de Atenção Psicossocial e de outras Redes de Atenção do Sistema Único de Saúde é o uso de Sistemas de Informação (PANITZ, 2014). Segundo Rocha (2018, p. 230) os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) podem ser definidos como “um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informações para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar na organização do sistema de saúde”. O uso de Sistemas de Informação, na área da gestão em saúde no Brasil, segundo Moraes (2014), inicia na década de 70, tendo como um dos primeiros registros a lei federal 6.015, de 1973, que descreve o objetivo do sistema de informação de fundamentar, embasar e auxiliar o processo de gestão em saúde. Após a criação dos primeiros sistemas durante a década de 80, é criado o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em 1991, a partir do Dataprev.

O Datasus tem como responsabilidade “prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle.” (ROCHA, 2018). São mais de 29 Sistemas de Informação distintos, como o Sistema de Informações Ambulatoriais, Sistema de Informações Hospitalares, Sistema de Informação de Agravo de Notificação, Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o Cartão Nacional de Saúde, conforme Moraes (2014), que aponta desafios para o uso adequado dos sistemas de informação para fins de gestão em saúde, entre eles falta de estrutura, burocratização do processo de registro e envios dos dados e, ainda, o fluxo de informações ser majoritariamente unidirecional, ou seja, as informações e relatórios de atendimentos são enviados sistematicamente através de formulários de registro, com pouco retorno (MORAIS, 2014). A utilização dos Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde está ainda em processo de consolidação, com sistemas que apresentam tecnologias obsoletas, distintas, fragmentadas, programados em diversas linguagens, incompatíveis e com alto risco de perda de informações, demonstrando dificuldades da substituição e migração para sistemas mais recentes.

Refere Facchini (2005) que os objetivos dos sistemas de informação são de proporcionar o funcionamento adequado e garantir os registros corretos e válidos para auxiliar no processo de gestão. A utilização, o acesso e visualização dos dados disponíveis nos

sistemas de informação do SUS pode auxiliar gestores no processo de planejamento e gestão, servindo como ferramenta adequada no processo de tomada de decisão. Os dados de atendimento, dentro da Rede de Atenção Psicossocial, já serviram como parâmetro para fins de financiamento, influenciando no repasse de valores, através de portarias e leis de incentivos federais e estaduais com os valores para modalidades específicas de atendimento ofertado (MORAIS, 2014). Por exemplo, entre 2002 e 2004 os procedimentos dos CAPS passaram a ser remunerados de acordo com a frequência de atendimento dos usuários (BORGES, 2008), e em determinados anos os repasses financeiros foram efetuados a partir do número de procedimentos declarados no sistema de informação Datasus (GONÇALVES, 2012). Para Facchini (2005), o uso da tecnologia da informação traz o risco de controle e vigilância excessiva, capaz de ferir a privacidade e direitos individuais, quebrando princípios da ética profissional.

Segundo Morais (2014) a falta de integração entre os sistemas de informação em saúde e a fragmentação de informações é uma queixa recorrente, bem como incertezas quanto à confiabilidade dos dados e do sigilo de informações. Os registros das ações realizadas pelos profissionais nos formulários e posterior inserção nos sistemas de informação correspondentes são importantes para compor um panorama com os dados da situação e assim auxiliar no processo de gestão e tomada de decisão dentro da Rede de Atenção Psicossocial (MORAES, 2001). Em alguns casos, os repasses financeiros e custeios podem ser suspensos em caso de problemas com os registros dos procedimentos realizados, por exemplo, em 19 de novembro de 2018, a portaria nº 3.659 do Ministério da Saúde determinou: “ficam suspensos os repasses dos recursos financeiros destinados ao incentivo de custeio mensal dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial” com mais de uma centena de componentes entre Centros de Atenção Psicossociais, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento e Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais de todo o país, indicando que, caso não seja feita a regularização dos “registros de ações e procedimentos realizados” nos sistemas de informação correspondentes, no prazo de até 6 meses, os estabelecimentos sofrerão revogação das Portarias de habilitação e qualificação dos serviços citados. (BRASIL, 2018).

Com dados de Sistemas de Informação podem ser desenvolvidos indicadores em saúde mental, como Onocko-Campos (2017, p. 79) coloca: “A operacionalização de indicadores em saúde mental é tarefa que impõe desafios”. A simbolização, modelização e quantificação dos atendimentos e procedimentos realizados, em indicadores, inclui desafios tais como o de

transformar subjetividades em dados objetivos e concretos. Entre os indicadores de saúde mental existentes na literatura, por exemplo, o indicador de “atenção às situações de crise”, pode ser utilizado para a previsão e disponibilização de leitos em hospitais, como afirma Mari (2010, p. 213): “Nenhum sistema de saúde mental pode funcionar sem uma provisão de leitos hospitalares agudos suficientes para amparar as pessoas em crise”. O uso dos dados e informações obtidas através de registros em formulários dos Sistemas de Informação do SUS também pode ser adequado aos gestores na identificação de necessidades e prioridades, desde que os registros sejam confiáveis e fidedignos (FACCHINI, 2005).

O histórico de mais de quarenta anos de uso de sistemas de informação no SUS, conforme Panitz (2014), com profusão e fragmentação desses sistemas, acarreta também em diversos de formulários de registro correspondentes, como instrumento de inserção dos dados nos respectivos sistemas. A fragmentação dos sistemas de informação prejudica a proposta de integralidade do cuidado prestado ao usuário, princípio do SUS, gera dificuldades de preenchimentos pelos profissionais e situações confusas para o gestor, trabalhador e equipes, pois cada sistema tem as suas regras, os seus formulários, os seus obstáculos. Esse panorama de complicações e problemas com os formulários ocorre em contraste com os atendimentos, reuniões, discussões de caso e visitas domiciliares que ocorrem no trabalho, situações onde o tempo investido apresenta maior retorno e benefícios aos usuários. Palazzo (2010) menciona o excesso de burocracia e a percepção de determinada tarefa como estressante pelo trabalhador, como fatores que podem desenvolver ou desencadear fadiga mental. Ainda assim, o registro correto das ações e procedimentos realizados através dos formulários respectivos, é necessário para embasar a gestão do SUS, proporcionando dados relevantes (PANITZ, 2014) e também possibilitando a construção e utilização de indicadores em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial (ONOCKO-CAMPOS, 2017).

Considerando a situação brasileira, não são todos os serviços como CAPS que possuem computador em condições de uso, com problemas técnicos com falta de impressora, tinta, papel, internet, entre muitos outros entraves que atrasam o preenchimento, pouca capacitação para os registros, elevadas regras e campos para preenchimento, e também extravio, esquecimento da coleta ou erros das rotas de envio dos documentos para digitação e inserção nos programas respectivos, ainda a necessidade de enquadrar ações variadas e subjetivas em seus códigos de procedimentos, campos de preenchimento obrigatórios, repetições das informações de diversos usuários, torna frequente ter que interromper o

preenchimento, para buscar as informações tais como número do prontuário, Cartão Nacional de Saúde (CNS), CEP, ou pedir para profissional adequado indicar o CID (Classificação Internacional de Doenças) correspondente e compatível ao procedimento realizado, CBO do profissional e CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) do serviço, nome do responsável, origem e destino do usuário, data da alta, data de nascimento, data do atendimento, data da abertura do prontuário, entre outros, gerando situações que podem desgastar pela quantidade de usuários, procedimentos e ações realizadas, com muitas regras, restrições e complexidade no processo de registro no formulário. Em muitos casos os registros dos procedimentos que estão sem CNS, CID, CEP, não são aceitos nos respectivos programas de compilação e envio dos dados para o Ministério da Saúde, inviabilizando o registro da produção. Dessa forma muitos dados são descartados, ficando sem o registro, gerando subnotificação. Casos onde um formulário de registro de procedimentos realizados com dados incompletos pode impedir o envio dos registros gerais do CAPS ou da Secretaria Municipal de Saúde correspondente, uma quantidade de exigências e erros específicos que causam a rejeição da produção. É possível que ocorram casos de esquecimentos de registros dos procedimentos e ações realizadas nos CAPS, diante da dificuldade e complexidade no processo de registro nos formulários de sistemas de informação do Datasus, especificamente os formulários vinculados ao Sistema de Informações Ambulatoriais em Saúde (SIA/SUS) e utilizados no cotidiano de trabalho dos CAPS, denominado Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS).

Desde a impressão e cópia dos formulários padrão, preenchimento, envio dos formulários, digitação e inserção nos SIS através de *softwares* específicos, devolução dos formulários com erros para revisão, impossibilidade de enviar, compilar e consumir relatórios enquanto houver inconsistências, ocorrências de dados conflitantes ou inexistentes, regras específicas onde cada procedimento precisa de um profissional com código de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), códigos de procedimento do SIGTAP, CEP e CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) respectivos adequados, Cartão Nacional de Saúde (CNS), entre diversos campos, numa repetição semanal ou mensal, pela quantidade de campos e regras, para dezenas ou centenas de usuários, principalmente quando do registro manual, se torna uma atividade desgastante, que por vezes gera desconforto (PANITZ, 2014).

Sendo assim, portanto, de que forma o aprimoramento dos formulários que compõem

os registros eletrônicos em saúde utilizados pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial dentro da Rede de Atenção Psicossocial pode contribuir para aumentar a eficiência do SUS?

2. JUSTIFICATIVA

Para Rocha (2018, p. 230) “Sistemas de informação em saúde são definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informações para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar na organização do sistema de saúde”. O preenchimento e utilização de diversos formulários de sistemas de informação diferentes, tais como Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), Boletim de Produção Ambulatorial, Dados Individualizados (BPA-I), Boletim de Produção Ambulatorial – Dados Consolidados (BPA-C), Ficha de notificação de Agravos, Sistema de regulação de leitos hospitalares em saúde mental (gerenciamento de internações), e outros sistemas específicos contratados por algumas prefeituras, são importantes para o processo de gestão em saúde. porém, Moraes (2001) define uma “fragmentação histórica” dos Sistemas de Informação nacionais, colocando que os mesmos foram estruturados há tempo e carecem de flexibilidade e adequabilidade, desenvolvidos “a partir de opções tecnológicas antigas” (MORAES, 2001, p. 52). Como afirma Contandriopoulos (2004), a integralidade da atenção à Saúde pressupõe a integração entre serviços e também o uso de tecnologias integradas.

A utilização de formulários para o registro dos atendimentos e preenchimento das ações, a coleta dos formulários e a inserção dos dados nos formulários dos sistemas de informação, deduzem uma disponibilidade de exame dos registros nos sistemas de informação pelos gestores, de modo que se possa visualizar os principais indicadores em saúde. Nesse sentido, é recomendável que as fichas de notificação e registro tenham preenchimento facilitado para os profissionais, considerando a quantidade elevada de documentos específicos de cada sistema, evitando dados repetitivos, estimulando a eficiência nos registros e notificações e otimizando o tempo necessário para preenchimento pelo profissional.

Então, essa pesquisa justifica-se pelo fato de se encontrar grandes dificuldades no preenchimento dos formulários de registros eletrônicos por uma grande parte dos profissionais, e em manter os sistemas de informação alimentados com informações corretas por parte dos gestores. Sobre esse assunto, de acordo com Ribeiro (2018, p. 8) em estudo

realizado com informações do SIM e do SINAN declara que: “apesar de possuir abrangência nacional, os registros não têm adesão de todos os serviços de saúde e dos profissionais competentes, por questões como falta de punição, excesso de formulários e tempo para preenchimento”, entre outras. Considerando a repetição de uso de formulários, quanto mais se buscar aprimorar e agilizar o preenchimento, mais eficiente se tornará a ação de registro e assim se espera que ocorra maior adesão por parte dos profissionais, evitando o sub-registro.

Silva (2017), analisando a dinâmica do processo de trabalho em CAPS, destaca a questão do preenchimento de formulários como constrangedora, dissociada de lógica e prejudicial para o cuidado com o usuário, por exemplo no trecho a seguir:

“As atividades definidas no processo de elaboração dos indicadores quantitativos são percebidas como ‘maçantes’ e ‘repetitivas’, cuja finalidade é atender a uma lógica gerencialista dissociada da gestão do cuidado. Fala-se em ‘constrangimentos’ decorrentes da obrigatoriedade de estes/as profissionais priorizarem, muitas vezes, o preenchimento de formulários e o registro de procedimentos nos prontuários. Este ‘excesso de burocracia’, tanto no processo de avaliação do trabalho quanto no faturamento das finanças, repercute numa mudança de paradigma na clínica que prejudica a qualidade da atenção dispensada ao cuidado real com o paciente.” (SILVA, 2017, p.886).

Ainda assim, conforme Trapé (2017, p. 1) há “necessidade de ampliação de mecanismos avaliativos de serviços de saúde”. A intenção deste trabalho foi demonstrar como são preenchidos e utilizados os dados na prática, do ponto de vista do profissional, visando reduzir as informações repetitivas, flexibilizar, desburocratizar, enfatizando a necessidade de maior eficiência e objetividade no processo de preenchimento e submissão de formulários. Ainda, sugerir maior integração dos sistemas e formulários de registro eletrônico em saúde (RES), respeitando a integralidade na atenção ao usuário do SUS e estimulando o preenchimento dos registros (RIBEIRO, 2018).

3. REVISÃO TEÓRICA

3.1. CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O Centro de Atenção Psicossocial, conforme Athayde (2012), é estrutura de referência da Rede de Atenção Psicossocial, sendo uma unidade de saúde mental singular e que representa uma nova e distinta forma de acolher e lidar com os transtornos mentais graves. Conforme Avelino (2015) os Centros de Atenção Psicossocial são parte de modelo centrado na pessoa, preconizando a substituição do modelo hospitalocêntrico pelo cuidado em liberdade, visando o convívio social e o estímulo à autonomia dos pacientes, invertendo a antiga lógica manicomial, onde o indivíduo com sofrimento em saúde mental era institucionalizado, excluído do convívio com a sociedade e do seu círculo familiar, privado de sua liberdade e autonomia. Os primeiros Centros de Atenção Psicossocial brasileiros são construídos na década de 1980 em São Paulo, são estruturas fundamentais, criadas visando a redução no número de internações psiquiátricas, proporcionando um acompanhamento e tratamento através de espaços de oficinas e grupos terapêuticos, instrumentalizando os usuários e familiares para a reinserção social e fortalecimento da responsabilidade e autonomia em seus próprios cuidados (AVELINO, 2015).

Abraham (2017) descreve o CAPS como estabelecimento que visa atendimento psicossocial e psiquiátrico de usuários em sofrimento psíquico, em processo que visa estimular a integração social e familiar, com objetivo de apoiar ações que potencializem a autonomia dos mesmos, parte de uma organização que busca a substituição do modelo de cuidado em hospitais psiquiátricos no Brasil, como Trapé (2017) ressalta, um modelo que era apontado como sendo de baixa resolutividade. Conforme Ribeiro (2018, p. 2) o CAPS “Caracteriza-se como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, que oferece às pessoas um espaço institucional que permita entendê-las e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil”. Em dezembro de 2017 é aprovada a lei federal nº 3.588 de 2017, que adiciona CAPS tipo IV para municípios com mais de 500.000 habitantes.

Meirelles (2011) ressalta a importância dos CAPS para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira e o processo de trabalho em equipe interdisciplinar, com oferta de atividades que buscam o cuidado integral ao usuário, ainda que o cuidado na atenção primária seja desafio. O processo de trabalho dentro dos CAPS, conforme Meirelles (2011), envolve

troca de saberes entre categorias profissionais, exigindo dos trabalhadores vontade, humildade, diálogo e cooperação. Ainda que, conforme Cezar (2018, p. 135), exista a crítica de que nos municípios que contam com CAPS ocorra um distanciamento entre saúde coletiva e saúde mental: "o CAPS é, muitas vezes, responsabilizado de maneira isolada pela atenção à clientela do campo da saúde mental, criando uma dicotomia entre saúde coletiva e saúde mental:

Trabalhar no CAPS é viver uma situação em que não há enquadramento protetor e as fronteiras entre a vida profissional e pessoal são constantemente invadidas. Lá se busca construir ações em situações de grande penúria, em que é necessário recriar constantemente as práticas de saúde. O CAPS se constitui, sobretudo, em um local de cuidados que busca auxiliar os sujeitos a reconstruir a vida. O CAPS é um lugar de vida, um lugar onde as pessoas continuam a trabalhar, apesar de todo o sofrimento engendrado pelos limites à falta de estrutura. O CAPS faz sentido porque os trabalhadores se importam. (p. 206)

Entre as dificuldades apontadas no cotidiano do trabalho no CAPS estão a baixa oferta de capacitações, carência de recursos financeiros e principalmente um cotidiano de imprevistos e atendimentos de crises, conforme Abrahao (2017). Para Avelino (2015) as estratégias de enfrentamento para a carga de estresse laboral, como formas de amenizar o desgaste são a música, por reduzir as tensões corporais, e a escuta dos trabalhadores. Abrahao (2017) indica a potência do trabalho interdisciplinar, com benefícios nas discussões de casos.

A Rede de Atenção Psicossocial, criada na portaria nº. 3.088, de 2011, conforme Trapé (2017), organiza em eixos verticais os pontos de atenção em serviços de atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Refere o autor que, embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) oriente despesa em saúde mental de cerca de 5% do orçamento total da saúde, Governo Federal dispense 2,3% em ações específicas, apontando "A saúde mental é subfinanciada dentro de um sistema subfinanciado" (TRAPÉ, 2017 p. 5). O subfinanciamento por vezes significa equipe, espaço físico e equipamentos reduzidos e por fim, a questão de elaboração, formulação e utilização de indicadores para os CAPS:

Não seria excessivo, neste momento atual de consolidação do modelo de atenção psicossocial, termos um Índice da Atenção Psicossocial, que pudesse, por meio de indicadores, capturar os principais componentes da política atual e seus objetivos, para subsidiar ações de trabalhadores e gestores, dar maior transparência a usuários e sociedade e identificar pontos débeis que possam ser aprimorados. (TRAPÉ, p. 7)

Não há como formar indicadores fidedignos, sem os devidos registros nos formulários de registro eletrônico em saúde ou sem a inserção das informações constantes nos formulários em seus respectivos Sistemas de Informação.

3.2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Para Rocha (2018, p. 230) “Sistemas de informação em saúde são definidos como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem informações para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar na organização do sistema de saúde”. Em 2004, Datasus, Conselho Nacional de Secretários da Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde participam da elaboração da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Em 2009 é instituído o Comitê de Informação e Informática em Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, a partir da portaria 2466/MS (Morais, 2014). Para Panitz (2014), o registro eletrônico em saúde deve ser admitido como elemento fundamental a ser abordado na estratégia de e-saúde, porém não há literatura abrangente sobre Tecnologia e Informação em Saúde no Brasil, considerando duas décadas desde o surgimento, enfrentando desafios na implementação, modelagem e representação do trabalho dos serviços e profissionais nas políticas públicas, nas redes de atenção e no SUS. A informatização na Saúde é reconhecida internacionalmente como medida eficiente para prevenção e combate à corrupção e de garantia do direito constitucional e legal de acesso a informações públicas.

O primeiro Sistema de Informação nacional em Saúde surgiu em 1976, com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), seguido pelo Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCCH), na época os dados eram coletados em formulários de papel, que eram agrupados e enviados pelo correio para órgãos federais, onde após os registros feitos por meio de computadores de grande porte, eram armazenados em fitas magnéticas nas primeiras bases de dados nacionais em saúde, como relata Panitz (2014), ressaltando ainda a ocorrência de profusão e fragmentação dos sistemas de informação em saúde no Brasil nas décadas seguintes. O Cadastro Nacional de Usuários do SUS, ou Cartão Nacional de Saúde, possibilitou funcionalidades importantes como saber quem foi atendido, por quem, onde, quando, motivo, problemas identificados, atendimentos e ações realizadas, se aproximando assim da noção de Registros Eletrônicos em Saúde (RES) (PANITZ, 2014). Sobre os desafios, o preenchimento manual dos formulários para o cadastro de usuário no sistema de Cadastro Nacional de Usuários do SUS enfrentou forte resistência por parte dos profissionais, visto que, diante da dificuldade de operação, o tempo de atenção ao paciente era reduzido, também a ocorrência de cadastros duplicados, por motivo dos cartões provisórios,

falhas nos *softwares*, repetições, travamentos, fragmentações e redundâncias nos projetos.

O registro das ações começa a ser codificado em números de procedimentos na época do Dataprev, em 1975, para controle do pagamento de contas hospitalares, Guias de Autorização de Pagamento e Tabela de honorários médicos, odontológicos e de serviços hospitalares. O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), este último mais especificamente, mantinha em 1999, através de uma tabela de procedimentos ambulatoriais com oito dígitos, o Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Individualizado (BPA-I) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC), o que gerou tabelas com procedimentos duplicados, dificultando os estudos e análises entre SIH e SIA. Em 2008 novo Sistema de Informação entra em operação, o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Importante ressaltar que no Sistema de Informações Ambulatoriais inicialmente tanto usuários quanto profissionais eram cadastrados tendo o Cadastro de Pessoa Física (CPF) como número principal, trocado para o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) em 2007. O Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) é instituído em 2012, com objetivo de monitorar ações em saúde realizadas na Redes de Atenção à Saúde (PANITZ, 2014).

Como forma de registro individualizado, em estabelecimentos não informatizados, os prontuários dos pacientes dos CAPS contém dados de identificação, hipóteses diagnósticas, exames e prescrições dos usuários, e o formulário de registro básico chamado “Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde” (RAAS), integrante do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), de periodicidade mensal, devendo ser preenchido geralmente pelo profissional que realizou procedimentos e ações, registrando atendimentos realizados através de códigos de procedimentos específicos. Segundo a SES/RS, no ano de 2017, com dados extraídos dos registros das ações realizadas no formulário da RAAS, houve o preenchimento de RAAS de 171 CAPS, ou seja, 84,23% do número total de CAPS habilitados registraram seus procedimentos realizados através dos formulários da RAAS, envolvendo 66.917 usuários atendidos, com médias de 324 atendimentos por CAPS por mês e 11 atendimentos por CAPS por dia. Dentre os procedimentos, a maior quantidade é do procedimento de “Atendimento Individual de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial” com 281.453 mil atendimentos registrados em 2017, seguido de “Atendimento em Grupo de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial” com a quantidade de 161.365 mil atendimentos. O Registro de “Atenção às

situações de Crise” consta em 12º lugar, com a quantidade de 6.454 (SOUZA, 2018).

3.3 INDICADORES EM SAÚDE

Conforme Januzzi (2014), indicadores são instrumentos, modelos representativos que auxiliam a subsidiar a avaliação das políticas públicas, bem como o impacto destas na sociedade, através de números, simplificando e facilitando o processo de gestão e avaliação, com o objetivo principal de embasar e justificar a aplicação do dinheiro público em benefício da sociedade. Para Alves (2017), indicadores são sinalizadores da realidade e servem para confirmar se objetivos e resultados de uma política estão sendo atingidos, fornecendo informações sobre a eficácia dos serviços de saúde. Dependendo do conceito, abordagem e definição de saúde, condições socioeconômicas, educacionais e habitacionais podem ser consideradas, respeitando a disponibilidade, relevância, validade e confiabilidade dos registros, para formar indicadores em saúde. Conforme Trzesniak (1998) construir, formular e disponibilizar indicadores é tarefa não trivial e de enorme responsabilidade, por essa razão devem ser construídos de forma clara e precisa, sendo revistos, questionados e discutidos com frequência, sobre o quê, de fato, expressam e o que não expressam, buscando atingir cobertura, amplitude, abrangência e portabilidade. Os indicadores, portanto, são formas de modelar, representar, quantificar e simbolizar determinada situação social, agrupando conjuntos maiores de informações, facilitando a visualização e análise de grande quantidade de dados.

Os indicadores socioeconômicos, conforme Januzzi (2014), foram desenvolvidos ao longo do século XX, relacionados com o surgimento do estado de Bem-estar Social e crescimento das atividades de planejamento do setor público, diante de evidências de descompasso entre crescimento econômico e melhoria das condições sociais da população, sobretudo em países do terceiro mundo. São medidas para operacionalização de conceitos abstratos de uma variada gama de situações, acontecimentos e ocorrências, traduzindo em cifras operacionais tangíveis e termos numéricos. Como forma de mensurar e quantificar o bem-estar e mudança social, servem como forma de acompanhamento das transformações sociais e do impacto de políticas públicas e programas de governo, auxiliando na avaliação, orientação, subsídio do uso das verbas públicas, no funcionamento dos serviços públicos e para a melhoria e avanço da sociedade.

Os indicadores procuram retratar, portanto, predominantemente em forma de número, um ou mais aspectos específicos da realidade social, objetivando uma modelização e representação da realidade, em seus aspectos relevantes, representando assim uma economia significativa (JANUZZI, 2014). O aspecto de interesse deve ser especificado de acordo com o objeto de estudo, fundamentando o cálculo com dados confiáveis como parâmetro, disponíveis em cadastros administrativos oficiais, como registros de atendimento de serviços públicos, estatísticas nos sistemas de informação e através de instituições públicas, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais (INEP) e o Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) (JANUZZI, 2014).

Algumas das principais fontes de dados para a consulta e cálculo de indicadores socioeconômicos e também indicadores em saúde, no Brasil, conforme Januzzi (2014), são: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Pesquisa Emprego e Desemprego (PED), Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), Pesquisa de Informações Básicas Municipais (MUNIC), Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB), Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), Programa de Disseminação das Estatísticas do Trabalho do Ministério (PDET), Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO), Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB), o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), o CadÚnico, o Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), o Sistema Nacional de Informações das Cidades (SNIC), além do Censo Demográfico, Censo Escolar e Censo do Ensino Superior e DATASUS.

Segundo Alves (2017) indicadores são sinalizadores da realidade e servem para confirmar se objetivos e resultados de uma política estão sendo atingidos, fornecendo ainda informações sobre a eficácia dos serviços de saúde. Conforme Januzzi (2014) os indicadores devem ter relevância, validade, confiabilidade, aplicabilidade e legitimidade institucional, social e política. Podem ser específicos, como a taxa de evasão escolar ou de mortalidade infantil, ou abrangentes, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB).

A formulação de programas sociais e a estimativa das demandas presentes e futuras deve considerar o uso e análise dos dados dos indicadores visando aproximação com a realidade local. O autor ressalta que para análise da capacidade, da oferta e da demanda, do acesso e da acessibilidade, do delineamento das tendências futuras e da prevenção, no

planejamento e gestão de serviços de saúde e programas sociais, deve ser considerada a possibilidade de subnotificações (JANUZZI, 2014). Conforme Trzesniak (1998) construir, formular e disponibilizar indicadores é uma tarefa difícil, não trivial, e uma enorme responsabilidade, por essa razão devem ser construídos de forma clara e precisa, sendo revistos, questionados e discutidos com frequência, sobre o quê, de fato, expressam e o que não expressam, buscando atingir cobertura, amplitude, abrangência e portabilidade. Os indicadores, segundo o autor, são formas de modelar, representar, quantificar e simbolizar determinada situação social, assim reunindo e agregando conjuntos maiores de informações e dessa forma auxiliando no estudo e análises de grande quantidade de dados e situações.

Participando na elaboração de indicadores em saúde e no processo de avaliação de desempenho dos estabelecimentos de saúde e transparência do SUS, o Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, inspirada em painel de controle de indicadores de desempenho utilizado por países da Europa, América do Norte e Oceania, chamada de *dashboard*, é disponibilizada *online*, com indicadores divididos em oito eixos, aceitabilidade, acesso, adequação, continuidade, efetividade, eficiência, respeito ao direito das pessoas e segurança, com seu detalhamento conforme o quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Indicadores da Matriz de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde

| Eixo | Descrição | Exemplos |
|---------------------------------|--|--|
| Aceitabilidade | Grau em que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população. | Neste caso os indicadores são estudos amostrais com usuários, pesquisas de satisfação e entrevistas. |
| Acesso | Capacidade do sistema de saúde para prover o cuidado e os serviços necessários no momento certo e no lugar adequado. | Dias de espera para admissão de cirurgia eletiva e proporção de adultos com depressão que recebem tratamento. |
| Adequação | Grau em que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente. | Proporção de cirurgias realizadas sem utilização de UTI, considerando o porte da cirurgia. |
| Continuidade | Capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção. | Manutenção da medicação para os transplantados e "número de pacientes tratados para tuberculose / número de abandono" – o que equivale à adesão ao tratamento. |
| Efetividade | Grau em que assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados. | Nesta sub-dimensão existem mais de 20 indicadores distintos, entre eles: casos informados de tuberculose, sarampo, coqueluche, clamídia e HIV em dado ano |
| Eficiência | Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados. | Tempo médio de permanência das internações e proporção de pacientes ambulatoriais que não compareceram à primeira consulta. |
| Respeito ao Direito das Pessoas | Capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas. | Número de pacientes admitidos por emergência que não ocuparam leito de enfermaria dentro de 4 horas e a existência de ouvidoria nos hospitais públicos. |
| Segurança | Capacidade do Sistema de Saúde para identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais. | Indicadores de prevenção e controle de infecção, complicações de anestesia, sepse pós-cirurgia e hemorragia pós-cirurgia. |

Fonte: PROADESS, (2012).

Na Matriz de Dimensões da Avaliação e Desempenho do Sistema de Saúde disponibilizada no sítio www.proadess.iciet.fiocruz.br, cada um dos eixos do quadro 1 pode ser explorado. No quesito Eficiência, dispõe que: “eficiência em saúde é pensada como a relação entre o custo e o volume de serviços de saúde produzidos, ou entre o custo e impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado.” (PROADESS; FIOCRUZ; 2018). É importante buscar a eficiência dos serviços públicos a fim de garantir a sustentabilidade financeira dos mesmos, garantindo uma relação positiva entre custo e benefício. Exemplos de indicadores em saúde no eixo da eficiência, são: “Proporção de pacientes ambulatoriais que não compareceram à primeira consulta”, “tempo médio de permanência das internações” e “número de medicamentos genéricos prescritos como percentual de todos os medicamentos da prescrição”.

O eixo da Efetividade é descrito como o “grau em que assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados”, por exemplo com indicadores tais como: “proporção de readmissões psiquiátricas de emergência de pacientes de 16 a 64 anos dentro de 90 dias de alta de cuidado por um psiquiatra”, “proporção de internações por diabetes sobre internações por todas as causas”, “taxas de consultas de emergências por mil habitantes” e “taxa de internações por doenças onde o cuidado ambulatorial apropriado deveria prevenir ou reduzir a internação hospitalar padronizada por idade, por 100 mil habitantes” (PROADESS; FIOCRUZ; 2018).

Abordando a importância da utilização de indicadores em saúde mental como uma forma de mecanismo de gestão, acompanhamento e avaliação de serviços na RAPS, Onocko-Campos (2017) desenvolve indicadores em saúde mental para avaliação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, divididos em eixos, descrevendo o método de cálculo, fonte dos dados e periodicidade dos indicadores, conforme o quadro 2, com alguns utilizando dados da RAAS. Ressalta no processo de trabalho em CAPS a importância de registros de dados, incluindo: total de usuários ativos por mês, frequência diária, por turno, semanal e mensal, quantidade de pacientes em crise e internações, número de horas de educação permanente por ano, origem dos encaminhamentos e atendimentos compartilhados na rede, dados sobre adesão e abandono de tratamento, participação de familiares no tratamento, inserção do usuário com deficiência intelectual (DI) nos CAPS e horas de supervisão clínico institucional, entre outros (ONOCKO-CAMPOS, 2017), auxiliando no processo de gestão avaliação dos estabelecimentos do SUS, que estão em constante aprimoramento e aperfeiçoamento. (PROADESS, 2012) .

Quadro 2 – Indicadores para Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial de Tipo III

| TEMA | INDICADOR | PERÍODO | METODO DE CALCULO | FONTE DE DADOS |
|---------------------------------------|--|------------|---|--|
| ATENÇÃO À SITUAÇÕES DE CRISE | Atendimentos às situações de crise | Mensal | Nº pacientes em crise encaminhados / total de pacientes em crise | Livro de plantão, prontuário |
| | Atenção à família do paciente em crise | Mensal | Nº de núcleos familiares de pacientes em crise atendidos / Total de pacientes em crise | Livro de plantão, prontuário |
| QUALIFICAÇÃO DOS ATENDIMENTOS GRUPAIS | Participação nos grupos de família | Trimestral | Nº de núcleos familiares participantes dos grupos / Nº de pacientes ativos | Folhas de presença dos grupos |
| | Qualificação dos atendimentos grupais | Trimestral | Nº de reuniões gerais com discussões sobre os grupos / Nº de reuniões gerais da unidade | Livros atas de reuniões, técnicos responsáveis pelo grupo |
| | Projeto Terapêutico Singular (PTS) compartilhados | Semestral | Nº de PTS compartilhados / Nº total de PTS da unidade | Técnicos de referência do Caps, anotações de prontuários, PTS |
| GESTÃO DE CAPS | Participação do gerente | Mensal | Nº de espaços em que gestor do serviço participa / Total de espaços definidos | Livro de ata, Agenda do gerente |
| | Recursos Humanos de Nível Superior | Semestral | Nº de horas de profissionais universitários / 100.000 habitantes | Planilha de Recursos Humanos |
| EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE | Investimentos em ações de Educação Permanente (EP) | Anual | Nº de horas de trabalho utilizadas para EP / Carga horária total de trabalho | Lista de presença e certificado |
| | Oferta de Supervisão clínico-institucional | Trimestral | Nº total de horas de supervisão no trimestre / 3 | Folha de frequência do supervisor, cronograma do serviço |
| | Formulação de Projetos Terapêuticos Singulares | Trimestral | Nº de PTS / Nº de usuários ativos | Prontuário e formulário de PTS |
| SINGULARIZAÇÃO DA ATENÇÃO | Revisão Sistemática de PTS na equipe | Trimestral | Nº de PTS discutidos em equipe / Nº total de usuários com PTS | Livros de registro de reuniões, Livro Ata e Prontuário |
| | Quantidade de casos por referência profissional universitário | Trimestral | Nº de usuários do CAPS / Quant. Prof. De referência | Prontuários e RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde) |
| USO DE MEDICAÇÃO EM CAPS | Adesão do usuário à medicação | Mensal | Quantidade de medicação não retirada no mês / Quantidade de medicação prescrita no mês | Controle de dispensação da Farmácia e posto de enfermagem. |
| | Inserção do usuário com Deficiência Intelectual (DI) no CAPS | Semestral | Número de usuários diagnosticados com D.I. Encaminhados ao Caps / Número total de usuários com D.I. Inseridos no Caps | Triagem, censo, RAAS, prontuário. |
| ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA | PTS de usuários com Deficiência Intelectual compartilhados | Semestral | Quantidade de usuários com DI que tem PTS compartilhado com instituições que atendem pessoas com D.I. / Quantidade de usuários com D.I. Inseridos no Caps | Prontuário, registros de reunião de equipe e/ou mini-equipe. |
| | Inserção de Pessoas com DI em Serviços Residenciais Terapêuticos | Anual | Número de usuários com DI residentes em SRT / Número de usuários residentes em SRT anual | Censo das moradias, censo dos Caps, Área de Proteção do Ambiente Cultural (APAC) |

Fonte: ONOCKO-CAMPOS, (2017).

Segundo Alves (2017) os principais indicadores em saúde mental são os que incluem a satisfação do usuário e de seus familiares. Perlman (2013) menciona que indicadores raramente de saúde mental raramente são utilizados para avaliar os serviços de saúde mental, mencionando a falta de uso ou de implementação de sistemas de informação na maioria dos serviços. Como resultado, importantes informações sobre a efetividade de serviços de saúde mental permanecem desconhecidas (PERLMAN, 2013). Na literatura de Perlman, constam indicadores que avaliam, além da satisfação do usuário, também a adesão ao tratamento. Sistema de avaliação clínica utilizado no Canadá, o *Resident Assessment Instrument – Mental Health – RAI-MH*, faz parte do sistema chamado *Ontario Mental Health Reporting System (OMHRS)*. O RAI-MH é construído com base no *Minimum Data Set-Mental Health (MDS-MH)* – conjunto mínimo de dados, com informações sobre saúde física e mental, suporte social e serviços utilizados pelo paciente, utilizado em hospitais gerais e especializados (LARA, 2008).

As informações coletadas através dos diversos formulários do MDS-MH, além de nome, data de nascimento, sexo, número de identificação de saúde, local de residência, escolaridade e razão do encaminhamento, incluem as seguintes perguntas: Quem é o responsável legal pelo usuário? Mora sozinho? Esteve internado alguma vez? Passa maior parte do tempo vendo TV? Sai ao menos 1x por semana? Tem contato com amigos e familiares? Participa em atividades em grupo? Tem discurso desorganizado? Tem inquietação ou letargia? Variações nas funções mentais? Verbalizações repetitivas, medos irrealis, receio de que eventos terríveis possam ocorrer, preocupações e queixas, insônia, choro, afastamento, isolamento social? Consegue se relacionar com os demais? Apresenta perda recente de familiar próximo? Expressa abertamente conflitos familiares? Consegue caminhar, comer, ir ao banheiro e fazer higiene pessoal sozinho, com autonomia? Como são as informações sobre saúde bucal e alimentar? Medicamentos utilizadas, procedimentos de reabilitação psicossocial e vacinas realizadas. Doenças clínicas. Diretivas de tratamento: Doação de órgãos, restrições de medicamentos e alimentação. Podemos perceber que são diversas questões inseridas no sistema OMHRS através dos formulários do MDS. Nos formulários de registro do MDS-MH constam campos para assinatura de termo de compromisso do paciente, certificando que as informações prestadas refletem seu quadro com precisão, que foram coletadas de forma legal, e que o paciente compreende que os dados serão utilizados no tratamento de saúde, bem como para pagamentos de fundos federais, que poderá ser responsabilizado por prestar informação falsa e autoriza o envio das informações (PERLMAN, 2013).

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a possibilidade de se oferecer sugestões para o aprimoramento no processo de preenchimento dos formulários de registro eletrônico em saúde (RES) utilizados pelos profissionais da RAPS, em consonância com a eficiência.

4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Pesquisar e descrever os principais formulários utilizados para registro de ações e notificações utilizados na RAPS e nos CAPS,
- b) Descrever as informações solicitadas nos campos de preenchimento, identificando repetições e diversidade de campos para o preenchimento dos formulários de Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde,
- c) Descrever os instrumentos e formas de registro dos dados pelos profissionais,
- d) Descrever os principais indicadores em saúde mental utilizados no planejamento do SUS e da RAPS.
- e) Sugerir métodos de aprimoramento ao preenchimento dos formulários pelos profissionais, visando a sua eficiência.

5. METODOLOGIA DA PESQUISA

5.1 Tipologia da Pesquisa

Essa pesquisa se caracteriza como quantitativa qualitativa, descritiva e exploratória, através da coleta e análise de dados secundários de cunho documental, utilizando fontes e documentos escritos e registrados em base de dados públicos e de livre acesso. Conforme Minayo (2015) a pesquisa qualitativa trabalha com um nível de realidade que não pode ou não deve ser quantificado, enquanto a pesquisa de caráter quantitativo consegue expor em números, escalas e quantidades, os fenômenos e processos que são objeto de estudo da pesquisa. A pesquisa quantitativa qualitativa portanto combina ambos aspectos.

O estudo foi de caráter exploratório, que conforme Gil (2002), tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, torná-lo explícito através da exploração do assunto na comunidade científica.

5.2 População e Amostra

Foram estudados artigos e pesquisas sobre os registros eletrônicos em saúde e dos formulários de registros dos sistemas de informação em saúde utilizados no Datasus, bem como a utilização de indicadores em saúde mental a partir dos dados registrados na RAPS - especificamente o processo de registro e coleta de dados das ações realizadas dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os principais formulários de registro utilizados atualmente estão disponíveis para acesso e visualização no site do Ministério da Saúde do Governo Federal do Brasil.

5.3 Procedimentos e Instrumentos de Coleta de dados

Pesquisou-se os formulários para registro e notificação, utilizados pelos profissionais da RAPS, especificamente pelos trabalhadores de CAPS: RAAS, BPA-I, BPA-C e ficha do SINAN, do DATASUS, disponíveis *online* para *download* em formato de arquivo digital PDF no site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br).

5.4 Organização e Apresentação e Análise dos dados coletados

De posse dos formulários respectivos, foram analisados quais os sistemas de informação correspondentes, bem como as suas regras de preenchimento, as incompatibilidades com a dinâmica de trabalho, tendo em vista a possibilidade de se aperfeiçoar o processo de registro, principalmente através das observações disponíveis na literatura nacional e internacional.

Isso foi feito a fim de tornar mais eficiente e eficaz o processo de registro eletrônico em saúde nos sistemas de informação do SUS e Datasus, relacionando a utilidade dos dados dos registros para a formação de indicadores fidedignos em saúde mental e, o acesso das informações nos sistemas de informação, visando auxiliar o processo de gestão dos CAPS, considerando os benefícios do tempo dispensado para os usuários, trabalhadores e informações fiéis aos gestores do SUS. Pretendeu-se examinar os formulários para aprimorar o processo de preenchimento, incentivando o registro e visando uma utilização efetiva dos mesmos pelo gestor público dos dados dos sistemas de informação.

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Nesse capítulo foram analisados os formulários usados pelos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial, o formulário de Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS), e os Boletins de Produção, Ambulatorial e de Dados Consolidados (BPA-C e BPA-I), vinculados ao Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e a Ficha Individual de Notificação (FIN), vinculada ao Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN). Serão descritos os campos dos formulários, códigos específicos e as formas de preenchimento, indicadores em saúde mental e sugestões de aprimoramento dos formulários visando atingir maior eficiência.

6.1. PRINCIPAIS FORMULÁRIOS UTILIZADOS PARA REGISTRO DE AÇÕES REALIZADAS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

O formulário denominado “Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde”, para os registros dos atendimentos e procedimentos realizados na Rede de Atenção Psicossocial, chamado de RAAS-PSI, ou também conhecido apenas como ‘RAAS’, está inserido no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e foi criado através da Portaria SAS/MS N° 276 de 30 de março de 2012 (PANITZ, 2014).

De acordo com o “Manual Técnico Operacional SIA / SUS”, de Março de 2010, o SIA visa proporcionar subsídios aos gestores do SUS, auxiliando nos processos de planejamento, programação, regulação, controle e auditoria da rede ambulatorial do SUS. A informação é um insumo de grande importância para a tomada de decisões no que diz respeito à gestão em saúde (BRASIL, 2009). Conforme o manual, os Sistemas de Informação podem ser divididos em três setores: onde se originam os dados, onde os dados são processados e onde os dados são avaliados.

O SIA foi inicialmente construído na década de noventa, entre 1990 e 1992, sendo implantado em 1995 em todo o Brasil (BRASIL, 2009). O SIA é um Sistema de Informação em Saúde (SIS) de enorme complexidade e com ampla área de abrangência dentro do SUS, como autorização para procedimentos de alta complexidade, tratamentos renais, oncológicos, entre outros, e sendo assim não é restrito para a utilização pelos serviços e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial. A partir de 2008 o Sistema de Informações Ambulatoriais e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) passaram a utilizar uma tabela única de

procedimentos do SUS. Conforme o Manual Técnico Operacional SIA / SUS, as informações extraídas podem ser utilizadas como importante instrumento de gestão, e o processamento completo das informações envolve quatro fases: entrada, processamento, saída e disseminação. (BRASIL, 2009).

O registro do atendimento inicia no estabelecimento de saúde, que deve estar cadastrado no SCNES (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) como habilitado e apto a realizar atendimento ambulatorial e, os procedimentos executados são divididos entre aqueles que exigem a autorização prévia e os que não exigem a autorização prévia, chamados de procedimentos principais e secundários, com fluxos distintos.

No caso dos atendimentos principais, que necessitam de autorização, essa é feita através da APAC (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade). No caso dos procedimentos que não exigem autorização prévia, são utilizados para registro os formulários denominados de Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), dividido entre BPA-C e BPA-I, com dados consolidados e individualizados, respectivamente. Portanto, procedimentos principais são registrados através do aplicativo chamado APAC-Mag, e os procedimentos secundários são registrados através do aplicativo chamado BPA-Mag.

Os principais formulários pertencentes ao SIA são o Formulário de Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS) e o Boletim de Produção Individual, nos modelos consolidado e individual (BPA-C e BPA-I). Através da pesquisa pode-se encontrar no sítio do DATASUS as versões para instalação dos aplicativos que fazem o registro e o envio das informações para o servidor federal do DATASUS.

Já o formulário de preenchimento para o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) é vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Os principais formulários de registro dos procedimentos e atendimentos realizados na Rede de Atenção Psicossocial são: o Formulário de Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde, chamado de RAAS, vinculado ao SIA/SUS e, Formulários do BPA: Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e Consolidado (BPA-C) e a ficha de notificação de agravos (FIN).

Quadro 3 – Principais Formulários da RAPS e Sistemas de Informação Correspondentes

| Formulário | Sistema de Informação Correspondente |
|-------------------|--------------------------------------|
| RAAS | SIA |
| BPA-I | SIA |
| BPA-C | SIA |
| Notificação SINAN | SINAN |

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS (2019)

O SIA opera codificando as ações realizadas através de códigos de procedimentos, inicialmente compostos por 4 dígitos numéricos, posteriormente atualizado para 8 dígitos, e assim procedimentos que antes utilizavam um código único foram desmembradas individualmente para identificar com maior especificidade cada procedimento (BRASIL, 2009).

6.2. INFORMAÇÕES SOLICITADAS NOS CAMPOS DE PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS

A seguir são mostrados em subcapítulos todas as informações solicitadas em cada um dos formulários já citados anteriormente.

6.2.1. INFORMAÇÕES SOLICITADAS NO FORMULÁRIO DA RAAS

Analisando as informações requisitadas no formulário da RAAS (o mesmo se encontra para consulta no Anexo A), e transcrevendo-as, temos os seguintes campos de preenchimento, divididos em quatro seções principais: Identificação do Estabelecimento de Saúde, com dois campos: Nome do Estabelecimento e número do CNES (7 dígitos). Na seção intitulada de Identificação do Usuário do SUS, constam dezoito campos, são eles: Número do Prontuário, Nome do Paciente, Cartão Nacional de Saúde (CNS), Sexo, Data de Nascimento, Nacionalidade, Raça/Cor, Etnia Indígena, Nome da Mãe, Nome do Responsável, Município de Residência, Unidade da Federação, Código IBGE Município, CEP de Residência, Endereço (Rua, Número), Complemento, Telefone Celular e Telefone de Contato. Na seção de Dados do Atendimento, são cerca de treze campos: Data de Admissão, Mês de Atendimento, Número da Autorização, Usuário de Álcool e/ou Outras Drogas? Não ou sim, e em caso positivo marcar alternativas Álcool, Crack ou Outras Drogas. Origem do Paciente, para marcar Demanda Espontânea, Atenção Básica, Serviço de Urgência, Outro CAPS, Hospital Geral e/ou Hospital Psiquiátrico, CID10 Principal e Descrição do Diagnóstico Principal, CID10 Causas Associadas e Descrição do Diagnóstico de Causas Associadas, Existe Cobertura de Estratégia Saúde da Família? Sim ou Não, e o CNES da ESF. Encaminhamento: Marcar entre: Continuidade do Acompanhamento em Outro CAPS, Continuidade do Acompanhamento na Atenção Básica, Alta ou Óbito, e Data da Conclusão. Na seção de Ações Realizadas, constam oito campos: Código da Ação Realizada, Quantidade, Data (Dia e Mês), Serviço, Classificação, CBO do Executante, Cartão Nacional de Saúde do Profissional

Executante e Ação Realizada no CAPS ou no Território. No total portanto são cerca de 41 campos para preenchimento, a grande maioria dos campos são obrigatórios (PANITZ, 2014).

Executando o aplicativo do Ministério da Saúde e DATASUS, chamado de 'RAAS.exe', os campos e janelas que abrem para digitar as informações são divididos em três partes: identificação do usuário, identificação do atendimento e dados das ações realizadas. Dentre a aba de informações do usuário, são vinte e um campos para digitação: Número do prontuário, Nome do Paciente, Sexo, Data de Nascimento, Nacionalidade, Raça/Cor, Etnia, CEP, UF, Município, Nome da Mãe, Nome do Responsável, Bairro, Tipo de Logradouro, Endereço, Número, Complemento, Telefone Celular, Telefone de Contato, E-mail, e se o usuário está em situação de rua ou não. Na aba para digitação dos dados de identificação do atendimento, no programa de computador constam onze campos: Data da Admissão, Mês do Atendimento, Usuário de Álcool e/ou Outras Drogas, Origem do Usuário, Ações Realizadas, CID Principal, CID Causas Associadas, Cobertura de Estratégia Saúde da Família: Sim ou não e CNES da Unidade de Saúde da Família (USF), Destino do Usuário e Data de Conclusão. Por fim, na aba de Dados das Ações Realizadas constam dez campos: Ação, Data de Realização, Quantidade, CID, Serviço, Classificação, CNS Profissional, CBO, Local de Realização da Ação (C para CAPS ou T para Território), Nº da Autorização. No total são cerca de 43 campos.

Conforme Silva (2018), são apontadas a falta de flexibilidade do banco de dados, rigidez dos atributos dos procedimentos que por vezes geram necessidade de duplicar os atendimentos, chegando a inviabilizar determinados envios dos registros de procedimentos realizados. No campo onde é solicitado o código do procedimento realizado, na dinâmica de trabalho dentro dos CAPS, são utilizados os códigos do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Conforme o autor, os principais dados referentes ao usuário solicitados na ocasião do registro de procedimento através da SIGTAP são Sexo, Raça/Cor, País, Município, Procedência, Desfecho e Encaminhamento. Na RAPS os códigos iniciam com 03.01.08, conforme SIGTAP os dois primeiros dígitos são o Grupo principal, 03, Procedimentos Clínicos, os dois dígitos que sucedem são o Subgrupo, 01, Consultas, Atendimentos e Acompanhamentos, e por fim os próximos dois dígitos são a forma de Organização, no caso 08, Atendimento e Acompanhamento Psicossocial. Os principais códigos utilizados pelos profissionais são os seguintes:

Quadro 4 – Principais códigos de procedimento da RAAS para uso nos CAPS

| Código do Procedimento | Descrição | Código do Procedimento | Descrição |
|------------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------------------------|
| 030108019-4 | Acolhimento Diurno | 030108024-0 | Atendimento Domiciliar |
| 030108002-0 | Acolhimento Noturno | 030108027-5 | Práticas Corporais |
| 030108003-8 | Acolhimento em Terceiro Turno | 030108028-3 | Práticas Expressivas e Comunicativas |
| 030108020-8 | Atendimento Individual | 030108029-1 | Atenção às Situações de Crise |
| 030108021-6 | Atendimento em Grupo | 030108034-8 | Ações de Reabilitação Psicossocial |
| 030108022-4 | Atendimento Familiar | 030108035-6 | Promoção de Contratualidade |

Fonte: TabNet, DATASUS (2019).

Para os CAPS AD existem códigos de procedimento adicionais. Os códigos abordados não podem ser registrados com CBO das profissões de educador físico, nutricionista, farmacêutico e psicopedagogo, dependendo da Coordenação Nacional de Saúde Mental a reavaliação para inclusão do código de CBO dos mesmos através de portaria.

Todos os códigos dos procedimentos são regulamentados através de Portarias da SAS/MS, contendo uma tabela com o nome do procedimento, código do procedimento, descrição do procedimento, CID's correspondentes autorizados, códigos de CBO autorizados, entre outros dados, como por exemplo no caso dos procedimentos da RAPS, nos CAPS, os CID's primários são iniciados pela letra F, que corresponde aos quadros de saúde mental na Classificação Estatística Internacional de Doenças, indo de F01 ao F99, dependendo de cada procedimento realizado no CAPS, isso foi sendo flexibilizado considerando que o diagnóstico não pode ser um impeditivo para um acolhimento em saúde mental. As principais profissões com códigos de CBO autorizados para os registros dos procedimentos realizados nos CAPS, na RAAS, por exemplo para o procedimento de código 030108020-8, Atendimento Individual de Paciente em Centro de Atenção Psicossocial, são os seguintes, conforme o quadro 5 a seguir:

Quadro 5 – Profissões autorizadas para registro de atendimento individual na RAAS

| Código CBO | Profissão | Código CBO | Profissão |
|------------|-----------------------|------------|---------------------------------|
| 223505 | Enfermeiro | 251530 | Psicólogo Social |
| 223810 | Fonoaudiólogo | 251605 | Assistente Social |
| 223905 | Terapeuta Ocupacional | 322205 | Técnico de Enfermagem |
| 225125 | Médico Clínico | 322230 | Auxiliar de Enfermagem |
| 225133 | Médico Psiquiatra | 515305 | Educador Social |
| 226305 | Musicoterapeuta | 515310 | Agente de Ação Social |
| 251545 | Neuropsicólogo | 516220 | Cuidador em Saúde |
| 239415 | Pedagogo | 791115 | Artesão com material reciclável |
| 251510 | Psicólogo Clínico | | |

Fonte: SIGTAP, DATASUS, (2019).

Após a fase de registro no formulário da RAAS, as informações precisam ser enviadas para o gestor local, para a Secretaria Municipal de Saúde de cada município, e entre os erros mais comuns que geram entraves nesses envios estão, conforme Silva (2018): o caso do procedimento não admitido para determinado CBO ou; CBO não permitido para o procedimento ou; então CBO inexistente; CID principal inválido; idade do usuário não permitida para o procedimento; data inválida; Nome da mãe; CEP e Logradouro não pode estar vazio.

6.2.2. INFORMAÇÕES SOLICITADAS NO FORMULÁRIO BPA-I

No Boletim de Produção Ambulatorial – Dados Individualizados, os campos são os seguintes, conforme o quadro 6, a seguir:

Quadro 6 – Campos de preenchimento do BPA-I

| Campo de Preenchimento | Campo de Preenchimento |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nome do Estabelecimento de Saúde | CNES do Estabelecimento de Saúde |
| CNS do Profissional de Saúde | Nome do Profissional |
| CBO do Profissional de Saúde | Mês |
| Ano | Equipe |
| Folha | Identificação do Paciente |
| CNS do Paciente | Nome do Paciente |
| Sexo do Paciente | Data de Nascimento do Paciente |
| Nacionalidade do Paciente | Raça/Cor |
| Etnia | CEP |
| Código IBGE do Município | Código do Logradouro |
| Endereço | Número |
| Complemento | Bairro |
| DDD e Telefone | E-mail |

| | |
|------------------------|-----------------------|
| Procedimento Realizado | Data do Atendimento |
| Código do Procedimento | Quantidade |
| CNPJ | Serviço |
| Classificação | CID |
| Caráter de Atendimento | Número da Autorização |

Fonte: SIA/DATASUS, (2019).

Na seção da Identificação: o Estabelecimento de Saúde: Nome do Estabelecimento de Saúde e CNES. Na seção de Identificação do Profissional: CNS, Nome do Profissional, CBO, Mês, Ano, Equipe e Folha. A seguir vem os campos em sequência para preencher Identificação do Paciente, com o CNS, Nome do Paciente, Sexo, Data de Nascimento, Nacionalidade, Raça/Cor, Etnia, CEP, Código IBGE do Município, Código do Logradouro, Endereço, Número, Complemento, Bairro, DDD e N° do Telefone, *E-mail*, e dados do Procedimento Realizado, com os campos: Data do Atendimento, Código do Procedimento, Quantidade, CNPJ, Serviço, Classificação, CID, Caráter de Atendimento, N° da Autorização. No caso do código do procedimento, o código é único, 030108023-2 e corresponde ao Acolhimento Inicial por Centro de Atenção Psicossocial, utilizado quando é a primeira vez que um usuário do SUS chega para acolhimento no CAPS.

6.2.3. INFORMAÇÕES SOLICITADAS NO FORMULÁRIO BPA-C

No Boletim de Produção Ambulatorial – Dados Consolidados (BPA-C), os campos solicitados são os seguintes, conforme o quadro 7, a seguir:

Quadro 7 – Campos de Preenchimento do BPA-C

| Campo de Preenchimento | Campo de Preenchimento |
|--|---------------------------------|
| Nome do Estabelecimento de Saúde | CNES do Estabelecimento |
| Responsável | Data |
| Carimbo e Rubrica do Gestor Municipal / Estadual | Código do Atendimento Realizado |
| Total de Procedimentos | CBO do Profissional |
| Idade do Profissional | Mês |
| Ano | UF |

Fonte: SIA / DATASUS, (2019).

Dentre os códigos específicos de atendimento realizado, apropriados para utilização no BPA-C pelos Centros de Atenção Psicossocial, estão os seguintes, conforme o quadro 8, abaixo:

Quadro 8 – Principais códigos de procedimento realizado para uso no BPA-C pelos CAPS

| Código Procedimento | Descrição | Código Procedimento | Descrição |
|---------------------|--|---------------------|--|
| 030108025-9 | Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais | 030108032-1 | Acompanhamento de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) |
| 030108026-7 | Fortalecimento do Protagonismo de usuários de CAPS e seus familiares | 030108033-0 | Apoio a Serviço Residencial Terapêutico (SRT) |
| 030108030-5 | Matriciamento de Equipes da Atenção Básica | 030108035-6 | Promoção de Contratualidade (Vai tanto na RAAS do usuário quanto no BPA-C) |
| 030108031-3 | Ações de Redução de Danos | 030108039-9 | Matriciamento de Equipes dos Pontos de Atenção de Urgência e Emergência, e de serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental |

Fonte: SIGTAP / DATASUS (2019)

Como podemos observar através dos códigos de procedimento acima, o BPA-C pode servir como resumo das atividades realizadas pelos estabelecimentos com abrangência coletiva, por exemplo as ações de matriciamento das equipes de Atenção Básica, matriciamento das Equipes dos Pontos de Atenção de Urgência e Emergência e Apoio a Serviço Residencial Terapêutico.

6.2.4 INFORMAÇÕES SOLICITADAS NO FORMULÁRIO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

Na Ficha de Notificação, vinculada ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), temos novamente diversos campos de preenchimento, conforme o quadro 9 a seguir:

Quadro 9 – Informações solicitadas no formulário SINAN

| Campo de Preenchimento | Campo de Preenchimento |
|---|------------------------|
| Nº da Unidade de Saúde | Nome do Paciente |
| Tipo de Notificação | Data de Nascimento |
| Data da Notificação | Nome da mãe |
| Data dos primeiros sintomas Agravado / Doença | Sexo |
| Dados gerais notificação de surto | Número do Cartão SUS |
| Número de casos suspeitos / expostos | Gestante |
| Local inicial de Ocorrência do Surto | Idade gestacional |
| Data dos primeiros sintomas | Raça/Cor |
| Notificante | Escolaridade |
| Município | CEP |
| Unidade de Saúde | Bairro |
| Nome | Complemento |
| Função | Ponto de referência |
| Assinatura | País |
| Notificação | Zona |
| SVS | UF |
| Código | Distrito |
| Município de Notificação | Data da coleta |

Fonte: SINAN/DATASUS, (2019).

O formulário de preenchimento do SINAN, novamente, é também motivo de reclamações por parte dos profissionais, pois também apresenta um número considerável de campos para preenchimento, porém é mais eficiente, na medida em que apresenta mais campos com alternativas para marcar, sem a necessidade de escrever por extenso as respostas.

6.3 SOBRE AS FORMAS DE REGISTRO E INSTRUMENTOS UTILIZADOS PELOS PROFISSIONAIS DOS CAPS

As formas de registro e instrumentos utilizados pelos profissionais dos CAPS são: o preenchimento manual, com a impressão do formulário, papel e caneta; a digitação das informações requisitadas nos formulários diretamente no computador e, posterior impressão para enviar para um terceiro fazer a inserção no programa de registro. Quando existe um sistema terceirizado de informações em saúde no estabelecimento é possível fazer uma integração com o programa do Ministério da Saúde para abreviar a etapa de preenchimento, visto que os dados e campos de preenchimento exigidos podem ser programados para preenchimento automático quando da abertura e conclusão do atendimento de uma maneira mais informatizada e eficiente.

6.4. INDICADORES EM SAÚDE MENTAL UTILIZADOS NO SUS E NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

O SISPACTO, Pactuação Interfederativa de Indicadores, deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 95, de 19 de outubro de 2018, determina 23 indicadores para monitoramento no quadriênio de 2017-2021. Especificamente, o indicador de número 21, trata sobre as ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes da Atenção Básica. O método de cálculo é o seguinte: (Nº de CAPS com pelo menos 12 registros de matriciamento na Atenção Básica no ano / total de CAPS habilitados) x 100. A média mínima esperada é de 12 registros por ano. Esse indicador utiliza como fonte de registro os dados do Boletim de Produção Ambulatorial, Dados Consolidados (BPAC), do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), mais especificamente o código de procedimento 03.01.08.030-5 – Matriciamento de Equipes na Atenção Básica, com monitoramento e avaliação anual e de responsabilidade da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD), Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) e Secretaria de Atenção à Saúde (SAS).

Alguns dos indicadores em saúde mental utilizados no SUS e na RAPS, de acordo com Onocko-Campos (2017) são: a adesão do paciente ao tratamento, com o número de faltas nos espaços estipulados no Plano Terapêutico Singular (PTS); a adesão aos medicamentos prescritos, através do registro de retirada e dispensação da farmácia e, outros utilizam registros da RAAS para a RAPS (RAAS-Psi), por exemplo: os dados da participação dos familiares no tratamento através das ações de código 030108022-4 – Atendimento Familiar em Centro de Atenção Psicossocial, e também das frequências de ações de atendimento à crise pelo código 030108024-0. Além disso, é possível acessar dados dos procedimentos registrados, enviados e compilados no SIA/SUS, através do TABNET, porém a navegação requer capacitação para uso, e as pesquisas são prejudicadas por engessamentos das ferramentas TABWIN e TABNET para visualização dos dados.

6.5 SUGESTÕES DE MÉTODOS DE APRIMORAMENTO PARA PREENCHIMENTO PELOS PROFISSIONAIS VISANDO A EFICIÊNCIA

As sugestões de métodos de aprimoramento variam conforme os meios disponíveis em cada estabelecimento de saúde. Quando o estabelecimento utiliza o preenchimento manual, os códigos mais utilizados e que apresentam maior número de repetições geram um desgaste

quando do preenchimento para diversos pacientes. É normal deixar uma versão de impressão que já contenha o CNES do estabelecimento de saúde, por exemplo do CAPS correspondente, e seu nome. Também se pode notar que todos os códigos de procedimento utilizados na RAPS começam com os mesmos 6 dígitos, “030108”, e isso também pode ser deixado impresso previamente. Por parte de cada trabalhador é possível anotar os procedimentos realizados diariamente, com base nos códigos da RAAS, para facilitar o preenchimento posterior, isso inclui os 14 códigos principais para as ações da saúde mental, por exemplo: os atendimentos, acolhimentos, oficinas, grupos, visitas domiciliares e ações de promoção de contratualidade e reabilitação psicossocial.

No campo que questiona se existe cobertura de Estratégia de Saúde da Família, é possível elaborar uma tabela das ESF do município e CNES correspondente, a fim de preencher corretamente o formulário.

Ainda, sobre as questões como: a origem do usuário, CID, e destino do usuário, também exigem códigos e podem ter um espaço para anotação prévia por parte dos profissionais.

Ao consultar o documento de dúvidas frequentes da RAAS-Psicossocial, é dito que os mesmos procedimentos realizados pelo mesmo profissional, em dias diferentes, podem ser lançados somente com o mês referente, e a quantidade do procedimento naquele mês, não sendo necessário discriminar a data, poupando assim as repetições.

Já quando o estabelecimento funciona utilizando um Sistema de Informação específico, existe a possibilidade de automatizar certas etapas, e a inserção e submissão das informações de registro de ações realizadas deve ser feita através de uma migração entre o programa e o banco de dados, poupando a etapa do preenchimento manual, visto que o SIS pode ser programado para enviar diretamente as informações.

7. CONCLUSÃO

Em relação ao objetivo específico de pesquisar e descrever os principais formulários utilizados para registro das ações, procedimentos e notificações utilizados nos CAPS e na RAPS – percebeu-se que é possível aprimorar os instrumentos e formulários, considerando que os CAPS executam ações restritas e registradas no SIA/SUS, a partir de um formulário padrão, que é compartilhado com todos os estabelecimentos que prestam atendimentos clínicos no SUS. A capacitação para utilização dos formulários pode ser mais estimulada, pois é um SIS que não é voltado exclusivamente para a RAPS. Os dados e informações registradas nos formulários estudados podem auxiliar em situações de análise, por exemplo da necessidade e prioridade de matriciamento em Unidades Básicas de Saúde dos territórios e bairros com maior demanda, avaliação de riscos, quantidades de atendimentos de urgência, emergência, internações e atendimentos de situações de crise em saúde mental.

O Registro Eletrônico em Saúde (RES) traz consigo debates éticos importantes sobre o sigilo das informações e prontuários dos usuários na era da informação. A baixa integração, quantidade de campos dos formulários, conflitos de envio e engessamentos no acesso aos dados nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do DATASUS é evidente na literatura. Na RAPS, vê-se diariamente os casos que não se enquadram no formulário da RAAS, como quando o usuário é encaminhado para internação, ou quando veio encaminhado de dispositivos da própria RAPS que não constam para marcar, como de Equipe de Consultório na Rua, entre outras, o que contribui para a fragmentação do cuidado, diante da falta de campos para registro do atendimento compartilhado na RAPS, no próprio formulário.

Em relação ao objetivo específico de descrever as informações solicitadas nos formulários em seus campos de preenchimento, foram identificadas uma quantidade elevada de informações e repetições dos campos, com muitos dados os quais necessitam interromper o preenchimento para realizar a busca do mesmo, por exemplo, número do CNES, da UBS e ESF, CNES dos profissionais, códigos CBO e da tabela SIGTAP, data de abertura de prontuário, entre outros.

Em relação às formas de registro e de preenchimento, manual, informatizada e digital, percebeu-se que na maioria dos CAPS o registro é forma manual, o que implica em dificuldades e impedimentos técnicos como: a falta de papel para impressão dos formulários, a falta de computador disponível para impressão, a falta de tinta de impressora, e ainda os impedimentos de que a RAAS fica nos prontuários dos pacientes e seu acesso também é

repetitivo, quando há muitos usuários para registrar as ações. O preenchimento de cada formulário quando da forma manual faz com que cada formulário seja manuseado por um profissional de cada vez, o que é mais um fator que aumenta o tempo dispensado para o registro e preenchimento das ações realizadas nos formulários.

Em relação às sugestões de métodos de aprimoramento do preenchimento dos formulários pelos profissionais de CAPS na RAPS, visando a eficiência, primeiramente viu-se que o SIA/SUS, ou Sistema de Informações Ambulatoriais, registra uma gama de procedimentos e ações que são complexos, indo muito além dos procedimentos da RAPS, contrastando com o SIH que registra os procedimentos hospitalares. Especificamente no caso dos CAPS onde os procedimentos não geram uma autorização de pagamento específica para cada ação realizada, o preenchimento das ações fica prejudicado, considerando também que os dados preenchidos não retornam em informação de qualidade nem para equipe, nem para gestores. Ainda, o acesso pelo TABNET também mostra muitas dificuldades, formando círculo vicioso, onde o pouco registro desestimula a pesquisa de dados e indicadores, e os poucos indicadores utilizados na prática desestimulam o registro das ações, de forma complexa.

Para o objetivo específico de descrever os principais indicadores em saúde mental utilizados na RAPS, ainda que o SISPACTO referencie dados do BPA-C para constatar a realização de ações de matriciamento das equipes de Atenção Básica pelas equipes dos CAPS (indicador 21), existe margem e necessidade de ampliação desse monitoramento através de indicadores em saúde mental, e também por isso os formulários de registro precisam de aprimoramento, para aumentar a base de dados disponíveis de forma que seja possível verificar as informações sobre os procedimentos mais realizados, CID's correspondentes, origem e encaminhamentos das demandas, comorbidades, internações e reinternações, para assim seguir a construção do conhecimento sobre os atendimentos em saúde mental.

Em relação ao objetivo geral, que foi o de analisar a possibilidade de se oferecer sugestões para aprimoramento no processo de preenchimento dos formulários de Registro Eletrônico em Saúde (RES) utilizados pelos profissionais da RAPS, em consonância com a eficiência – concluiu-se que na literatura há muitas críticas sobre as mais diversas dificuldades para realizar os registros dos Sistemas de Informação do SUS e do DATASUS, e a etapa de preenchimento dos formulários é uma delas, assim como a rigidez dos conjuntos de dados exigidos, repetições, dificuldades com os programas de importação e exportação, falhas de servidores. O formulário mais utilizado de registro das ações e procedimentos realizados

pelos profissionais dos CAPS - formulário da RAAS, conforme descrito no “Manual de Preenchimento da RAAS – Psicossocial” disponibilizado pelo Ministério da Saúde pode ser aprimorado e adaptado pela unidade de saúde ou pela SMS caso seja necessário, até que o instrumento seja revisto.

Saúde é direito e serviço, e envolve dimensões técnicas e legais que exigem que sejam cumpridos os princípios da administração pública, que são: da eficiência, legalidade, transparência, impessoalidade, publicidade e controle social. Dentro do tema dos Sistemas de Informação em Saúde, do Registro Eletrônico em Saúde, este trabalho objetivou aprimorar os formulários de registros eletrônicos em saúde dentro da RAPS, principalmente para os profissionais dos CAPS que mencionaram a burocracia em excesso, somado ao cotidiano muitas vezes intenso (SILVA, 2017), gerando dificuldades de conciliar os registros com os atendimentos, com os percalços que os formulários de registro impõem em contraste com os casos atendidos, que são diversificados.

Dentro da rotina atribulada de um CAPS, quaisquer esforços que possam aprimorar o trabalho de registro podem trazer benefícios e impactos positivos tanto para trabalhadores, quanto usuários e gestores. Dessa forma, é possível contribuir para a eficiência do SUS, ao otimizar os formulários de registro, também possibilitando que os registros sejam feitos com maior rapidez, evitando as repetições desnecessárias, e assim reduzir os casos de falta de tempo para registro, esquecimentos ou subnotificações dos procedimentos e das ações realizadas.

Após a pesquisa na literatura nacional e internacional, viu-se a necessidade de um contínuo aprimoramento dos processos de trabalho, e a utilização maior de Sistemas de Informação em Saúde. A consolidação do Prontuário Eletrônico, do E-SUS e do Conjunto Mínimo de Dados (CMD), em andamento, traz também a consequente necessidade de discutir sobre os formulários de Registro Eletrônico em Saúde (RES), dentro dos tópicos importantes da área de Tecnologia de Informação (TI) para a Gestão em Saúde, entre eles a privacidade e sigilo das informações dos pacientes, o aprimoramento dos formulários de registro e a formação e utilização de indicadores adequados, fidedignos e confiáveis em saúde. Os dados obtidos através do RES são o ponto de partida pelo qual se pode administrar e gerenciar os estabelecimentos de saúde a partir das informações, inclusive as que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Parte do caminho para se alcançar aprimoramentos, é a necessidade de investimentos em capacitações das equipes para utilização e navegação entre os diversos ambientes, siglas e sistemas, bem como

são indicadas revisões, adequações e aprimoramentos dos formulários e sistemas para contribuir com a qualidade dos dados.

No caso específico da RAPS, a maioria dos procedimentos não necessita de autorização, e não gera um pagamento financeiro como contrapartida do Ministério da Saúde, o que também traz impactos na realização do registro por parte das equipes e estabelecimentos. As dificuldades de acesso da informação, pela complexidade dos sistemas e número de variáveis, faz com que esse processo seja tão complexo quanto o próprio registro e, o envio da informação, com variados programas para sua instalação, tabelas de importação, exportação, em diferentes formatos de arquivo, com diferentes servidores, também necessita de aprimoramentos, revisões e capacitações para o acesso dos dados de forma eficiente.

As maiores dificuldades na realização dessa pesquisa foram os poucos estudos sobre o tema, a complexidade que o DATASUS apresenta para a coleta de dados e a pouca qualificação para o preenchimento. O tema ainda precisa ser mais discutido, pesquisado e que as dificuldades que geram entraves no cotidiano dos profissionais possam ser ouvidas, escutadas, e assim possibilitar um outro olhar sobre a RAPS, com sugestões que possam surgir através dos profissionais que registram e dos gestores que acessam os dados. Mesmo com procedimentos que não geram pagamentos por produção, pode existir um formulário de registro que contemple de uma melhor forma os atendimentos, principalmente que possa ser preenchido de maneira mais eficiente.

O formulário da RAAS é objeto de questionamentos de profissionais de saúde da RAPS, muitos registros são inviabilizados por excessivos campos e códigos obrigatórios nos formulários, e poucas das informações enviadas retornam na forma de indicadores. Fica a sugestão de se dar mais atenção para os formulários de registros da RAPS, aperfeiçoando-os, a partir de uma contextualização que contemple a formação de indicadores efetivos de saúde mental, estimulando a utilização e visualização dos dados e informações dos atendimentos e procedimentos para fins de Gestão em Saúde, dando atenção para as *interfaces* de acesso, melhorando as ferramentas de consulta, assim auxiliando no planejamento da Rede de Atenção Psicossocial, de forma mais integrada e menos fragmentada, com resultados positivos para trabalhadores, gestores e usuários da RAPS e do SUS.

As formas de registro nos sistemas de informação, os formulários, podem ser aprimorados a fim de atingir maior eficiência no processo. Espera-se assim, portanto, que sejam atualizados os modelos e versões dos formulários, estimulando o registro a partir da conscientização da sua importância, utilidade e funcionalidade, tornando mais eficiente o

preenchimento, voltado para formação de indicadores válidos e confiáveis para fins de gestão, ou seja, que auxiliem efetivamente no planejamento, avaliação e administração dos estabelecimentos do SUS e da RAPS. Considerando a intensa repetição envolvida no processo de registro e preenchimento, um aprimoramento num formulário pode significar economia significativa de tempo, que poderá ser dedicado para uma atenção de qualidade ao usuário.

Portanto, percebemos a importância dos registros e a necessidade de aprimoramento dos formulários, além de oferta de capacitações para os profissionais e gestores. Ainda que existam soluções temporárias para aprimorar o processo, são indicadas revisões dos formulários, estudos e discussões sobre o tema com os profissionais, dessa forma fortalecendo o uso dos sistemas de informação do Datasus, ampliando a utilização dos RES, e o acesso aos SIS e indicadores em saúde mental como ferramentas efetivas e eficientes para a Gestão em Saúde e aprimoramento contínuo do nosso Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 2067-2074, Jun. 2018.
- AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. **Interface** (Botucatu), Botucatu , v. 21, n. 63, p. 763-774, Dez. 2017
- ANDRADE, Sonia Maria Oliveira de. **A pesquisa científica em saúde: concepção e execução/ 4. ed.** elaborado por Sonia Maria Oliveira de Andrade – Campo Grande – MS, 2011. 160p. – (Caderno de Estudo). Metodologia científica I.
- ABRAHAO, Ana Lúcia; AZEVEDO, Flávia Fasciotti Macedo; GOMES, Maria Paula Cerqueira. A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 55-71, Abr. 2017.
- ALVES, Poliana Farias et al. Indicadores qualitativos de satisfação em saúde mental. **Saúde em Debate**. 2017, vol.41, n. spe, pp.50-59.
- ATHAYDE, Vladimir; HENNINGTON, Elida Azevedo. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 983-1001, 2012.
- AVELINO, Daniele Cabral et al. Trabalho de enfermagem no centro de atenção psicossocial: estresse e estratégias de coping. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 4, n. 4, p. 718 - 726, jan. 2015.
- BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. spe2, p. 1780-1785, dez. 2011.
- BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008.
- BORSOI, Izabel Cristina Ferreira. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre , v. 19, n. spe, p. 103-111, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; dez 26.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 423, de 24 de junho de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 jul. 2002. Seção 1, p. 74.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3.659, de 14 de novembro de 2018**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 nov. 2018. Seção 1, p.87.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 72 p.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego, **Portaria Nº 397, de 09 de Outubro de 2002**. Diário Oficial da União, Brasília, DF. ISSN 1676-2339 - Nº 197, quinta-feira, 10 de outubro de 2002 – p.74.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 5**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Título VI, Capítulo VI, anexo CXVIII, CXIX, C e CI. Diário Oficial da União. 03 out. 2017; Supl, pag 360.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. In: **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2.

COSTA, Jose Felipe Riani e Portela, Margareth Crisóstomo. Percepções de gestores, profissionais e usuários acerca do registro eletrônico de saúde e de aspectos facilitadores e barreiras para a sua implementação. **Cadernos de Saúde Pública**. 2018, v. 34, n. 1 Epub 05 fev. 2018

DANIEL, Vanessa Marques; PEREIRA, Gabriela Viale; MACADAR, Marie Anne. Perspectiva Institucional dos Sistemas de Informação em Saúde em Dois Estados Brasileiros. **Rev. Adm. Contemp.**, Curitiba , v. 18, n. 5, p. 650-669, Out. 2014 .

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4,p.857-867,dez. 2005

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 51-58, fev. 2012.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores socioeconômicos na gestão pública** – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; Brasília: CAPES: UAB, 2014.

LARA, Constanza et al . Análisis comparativo de dos instrumentos de evaluación clínica: OQ-45 e InterRAI- Salud Mental. **Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr.**, Santiago , v. 46, n. 3, p. 192-198, set. 2008 .

MARI, Jair de Jesus; THORNICROFT, Graham. Princípios que deveriam nortear as políticas de saúde mental em países de baixa e média rendas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 32, n. 3, p. 212-213, set. 2010.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de; SANTOS, Silvia Regina Fontoura Rangel dos. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília , v. 10, n. 1, p. 49-56, mar. 2001

MORAIS, Rinaldo Macedo de; COSTA, André Lucirton. Um modelo para avaliação de sistemas de informação do SUS de abrangência nacional: o processo de seleção e estruturação de indicadores. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 767-793, Jun 2014.

MEDINA, Maria G. et al. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira; SILVA, Lígia M. V. (orgs.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA e Ed. Fiocruz, 2005. p. 41-61.

MEIRELLES, Maria Carolina Pinheiro; KANTORSKI, Luciane Prado; HYPOLITO, Álvaro Moreira. Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 282-289, abr. 2011.

MELLENDEZ FRIGOLA, Cristina; ARROYO BORRELL, Elena; SAEZ, Marc. Análisis de datos de pacientes subagudos con información registrada en el Conjunto Mínimo Básico de Datos sociosanitarios (CMBD-RSS). **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid , v. 90, 2016 .

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** / Suely Ferreira Deslandes, Otávio Cruz Neto, Romeu Gomes, Maria Cecília de Souza Minayo (organizadores). 34ª ed. Petrópolis, Vozes, 2015.

NOAL, Débora da Silva et al . Estratégia de Saúde Mental e Atenção Psicossocial para Afetados da Boate Kiss. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília , v. 36, n. 4, p. 932-945, Dec. 2016 .

OLIVEIRA, Ana Maria Neta de; ARAUJO, Tânia Maria de. Situações de desequilíbrio entre esforço-recompensa e transtornos mentais comuns em trabalhadores da atenção básica . **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 243-262, Abr. 2018.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana et al. Indicadores para avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial tipo III: resultados de um desenho participativo. **Saúde em Debate**. 2017, v. 41, n. spe , pp. 71-83.

PANITZ, Leandro Manassi. Registro eletrônico de saúde e produção de informações da atenção à saúde no SUS. 2014. 179 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

PERLMAN, C. M. et al. Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. **BMC Health Services Research**, London, v. 13, n. 15, p. 1-12, jan. 2013.

PROADESSII – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – **Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde** – Disponível em <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=desem> . Acesso em 07 de Agosto de 2018

PROADESSII – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ – **Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde** – Versão impressa, 08 de Outubro de 2012 – Disponível em <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/Relatorio_Proadess_08-10-2012.pdf>. Acesso em 07 de Agosto de 2018

RIBEIRO, Nilva Maria et al. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018.

ROCHA, Thiago Augusto Hernandez et al. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 229-240, Jan. 2018.

SILVA, LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, MA., and SILVA, LMV. orgs. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 15-39.

SILVA, Diogo Demarchi. COSEMS-CE / CONASEMS-SC / CONASEMS, 2018. **Oficina SIA+SIH / Conjunto Mínimo de Dados – CMD**, Apresentação SIA-SIH-CMD. 2018.

SILVA, João de Deus Gomes da; ACIOLE, Giovanni Gurgel; LANCMAN, Selma. Ambivalências no cuidado em saúde mental: a ‘loucura’ do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da clínica do trabalho. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 21, n. 63, p. 881-892, Dez. 2017

SILVA, Naiara Gajo et al. I Seminário Internacional sobre avaliação da qualidade da atenção em saúde de populações vulneráveis: pessoas com transtorno mental, usuário de álcool e outras drogas e população negra. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. Anais. São Paulo, 12 e 13 de novembro de 2015. **Saúde e Sociedade**. 2017, v. 26, n. 1

SILVA, Sonia Maria da et al . Outcome Questionnaire (OQ-45.2): avaliação das propriedades psicométricas via modelo bifactor e TRI. **Psico** (Porto Alegre), Porto Alegre , v. 47, n. 4, p. 298-308, 2016 .

SOUZA, Marilise Fraga de,. **II Curso sobre Urgência e Emergência em Saúde Mental**. Departamento de Ações em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Anais. Auditório do Ministério Público, Porto Alegre, Julho de 2018.

TRAPE, Thiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 51, 19, 2017


5. ANEXOS

ANEXO A – FORMULÁRIO DE REGISTRO DE AÇÕES AMBULATORIAIS EM SAÚDE (RAAS) FRENTE


| Ministério da Saúde | | SUS Sistema Único de Saúde | | SAÚDE | | RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde | | Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS | | pg. 1/2 | |
|--|--|---|---|------------------------|---------------------------------|---|---------|--|-------------------|------------------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | | | | | | | | | | |
| NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | | | | | | | | CNES | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS | | | | | | | | | | | |
| Nº DO PRONTUÁRIO | | NOME DO PACIENTE | | | | | | | | | |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | | | | | SEXO | | DATA DE NASCIMENTO | | NACIONALIDADE | |
| RAÇA/COR | | ETNIA INDÍGENA | | NOME DA MÃE | | | | | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL | | | | | MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | | | | UF | |
| CÓD. IBGE MUNICÍPIO | | CEP DE RESIDÊNCIA | | ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) | | | | | | | |
| COMPLEMENTO | | | DDD | | TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE | | | DDD | | TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | |
| DADOS DO ATENDIMENTO | | | | | | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | MÊS ATENDIMENTO | | NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO | | | | | | | |
| Usuário de Álcool e/ou Outras Drogas? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM | | | | | | Em caso positivo marque uma ou mais alternativas Alcool <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Outras Drogas <input type="checkbox"/> | | | | | ORIGEM DO PACIENTE <input type="checkbox"/> Demanda Espontânea <input type="checkbox"/> Atenção Básica <input type="checkbox"/> Serviço de Urgência <input type="checkbox"/> Outro CAPS <input type="checkbox"/> Hospital Geral <input type="checkbox"/> Hospital Psiquiátrico |
| CID10 PRINCIPAL | | DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | | | | | | | | | |
| CID10 CAUSAS ASS. | | DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS | | | | | | | | | |
| EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/O | | | | | | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | CNES | | | |
| ENCAMINHAMENTO | | | | | | | | | DATA DE CONCLUSÃO | | |
| <input type="checkbox"/> Continuidade do Acompanhamento em outro CAPS | | | <input type="checkbox"/> Continuidade do acompanhamento na Atenção Básica | | | <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Óbito | | | | | |
| AÇÕES REALIZADAS | | | | | | | | | | | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | | | QTDE. | DATA (DD/MM) | | SERVIÇO | | CLASSIFICAÇÃO | | |
| CBO DO EXECUTANTE | | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | | | | | | | | | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | | | QTDE. | DATA (DD/MM) | | SERVIÇO | | CLASSIFICAÇÃO | | |
| CBO DO EXECUTANTE | | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | | | | | | | | | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | | | QTDE. | DATA (DD/MM) | | SERVIÇO | | CLASSIFICAÇÃO | | |
| CBO DO EXECUTANTE | | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | | | | | | | | | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | | | QTDE. | DATA (DD/MM) | | SERVIÇO | | CLASSIFICAÇÃO | | |
| CBO DO EXECUTANTE | | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | | | | | | | | | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | | | QTDE. | DATA (DD/MM) | | SERVIÇO | | CLASSIFICAÇÃO | | |
| CBO DO EXECUTANTE | | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | | | | | | | | | |

| | | RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde Formulário da Atenção Psicossocial no CAPS | | pg. 2/2 | |
|--------------------------|---|---|---|---|----------------------|
| AÇÕES REALIZADAS | | | | | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | QTDE. | DATA (DOMM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | QTDE. | DATA (DOMM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | QTDE. | DATA (DOMM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | QTDE. | DATA (DOMM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | QTDE. | DATA (DOMM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | QTDE. | DATA (DOMM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | QTDE. | DATA (DOMM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | QTDE. | DATA (DOMM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | QTDE. | DATA (DOMM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA | | QTDE. | DATA (DOMM) | SERVIÇO | CLASSIFICAÇÃO |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| CBO DO EXECUTANTE | CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE | | <input type="checkbox"/> Ação realizada no CAPS | <input type="checkbox"/> Ação realizada no Território | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

ANEXO B
FICHA DE BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (BPA – I) – DADOS INDIVIDUALIZADOS

| | | | |
|---|------------------------|---|------------------------|
|  | | BPA-I Boletim de Produção Ambulatorial Dados Individualizados | |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | | |
| NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | | CNES |
| IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL | | | |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | NOME DO PROFISSIONAL | |
| CBO | MES/ANO | EQUIPE | FOLHA |
| SEQUÊNCIA 1 | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | NOME DO PACIENTE | |
| SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | DATA DE NASCIMENTO | NACIONALIDADE | RAÇA/COR |
| ETNIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO | |
| COD LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO |
| BAIRRO | DDD | TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | E-MAIL |
| PROCEDIMENTO REALIZADO | | | |
| DATA DO ATENDIMENTO | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QTDE. | CNPJ |
| SERVIÇO | CLASS | CID | CARATER DE ATENDIMENTO |
| | | Nº DA AUTORIZAÇÃO | |
| SEQUÊNCIA 2 | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | NOME DO PACIENTE | |
| SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | DATA DE NASCIMENTO | NACIONALIDADE | RAÇA/COR |
| ETNIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO | |
| COD LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO |
| BAIRRO | DDD | TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | E-MAIL |
| PROCEDIMENTO REALIZADO | | | |
| DATA DO ATENDIMENTO | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QTDE. | CNPJ |
| SERVIÇO | CLASS | CID | CARATER DE ATENDIMENTO |
| | | Nº DA AUTORIZAÇÃO | |
| SEQUÊNCIA 3 | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | NOME DO PACIENTE | |
| SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | DATA DE NASCIMENTO | NACIONALIDADE | RAÇA/COR |
| ETNIA | CEP | CÓD. IBGE MUNICÍPIO | |
| COD LOGRADOURO | ENDEREÇO | NÚMERO | COMPLEMENTO |
| BAIRRO | DDD | TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | E-MAIL |
| PROCEDIMENTO REALIZADO | | | |
| DATA DO ATENDIMENTO | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | QTDE. | CNPJ |
| SERVIÇO | CLASS | CID | CARATER DE ATENDIMENTO |
| | | Nº DA AUTORIZAÇÃO | |
| RESPONSÁVEL PELO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | GESTOR MUNICIPAL/ ESTADUAL | |
| CARIMBO | RUBRICA | CARIMBO | RUBRICA |
| DATA / / | | DATA / / | |

ANEXO C
FICHA DE BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL (BPA-C) – DADOS CONSOLIDADOS

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
|  | <h2 style="margin: 0;">BPA-C</h2> <p style="margin: 0;">Boletim de Produção Ambulatorial Dados Consolidados</p> | | | |
| Dados Operacionais | | | | |
| CNES do Estabelecimento <input style="width: 100%;" type="text"/> | NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE <input style="width: 100%;" type="text"/> | | | |
| UF <input style="width: 20px;" type="text"/> | MÊS ANO <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> | FOLHA <input style="width: 20px;" type="text"/> | | |
| ATENDIMENTO REALIZADO | | | | |
| SEQUÊNCIA | PROCEDIMENTO | CBO | IDADE | QUANTIDADE |
| 01 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 02 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 03 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 04 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 05 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 06 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 07 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 08 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 09 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 10 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 11 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 12 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 13 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 14 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 15 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 16 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 17 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 18 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 19 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| 20 | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| TOTAL | | | | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Formalização | | | | |
| RESPONSÁVEL(Estabelecimento de Saúde) | | GESTOR MUNICIPAL/ESTADUAL | | |
| CARIMBO | RUBRICA | CARIMBO | RUBRICA | |
| DATA / / | | DATA / / | | |

ANEXO D
 FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
 (SINAN)

República Federativa do Brasil
 Ministério da Saúde

SINAN
 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

| | | |
|--|---|----------------------------|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma <input type="checkbox"/> | |
| | 2 Agravado/doença | |
| | 3 Data da Notificação | |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação |
| Notificação Individual | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | |
| | 7 Data dos Primeiros Sintomas | |
| | 8 Nome do Paciente | |
| | 9 Data de Nascimento | |
| Notificação de Surto | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | |
| | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado | |
| | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado | |
| | 13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado | |
| Dados de Residência | 14 Escolaridade 1 - Analfabeto 2 - 1ª e 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 2ª e 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica | |
| | 15 Número do Cartão SUS | |
| | 16 Nome da mãe | |
| | 17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito | |
| Notificante | 18 Nº de Casos Suspeitos/Expostos | |
| | 19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar _____ | |
| | 20 UF | 21 Município de Residência |
| | 22 Distrito | |
| 23 Bairro | | |
| 24 Logradouro (rua, avenida,...) | | |
| 25 Número | | |
| 26 Complemento (apto., casa, ...) | | |
| 27 Geo campo 1 | | |
| 28 Geo campo 2 | | |
| 29 Ponto de Referência | | |
| 30 CEP | | |
| 31 (DDD) Telefone | | |
| 32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | |
| 33 País (se residente fora do Brasil) | | |
| Município/Unidade de Saúde | | |
| Nome | | |
| Função | | |
| Assinatura | | |

Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006

ANEXO E
 FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
 (SINAN) VERSO

DADOS COMPLEMENTARES
 (ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

| | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|----|---|---------------|--|----|---|
| Notificação Individual | 01 | Data da coleta da 1ª amostra da sorologia | 02 | Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra | 03 | Especificar tipo de exame : | | |
| | 04 | Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | | 05 | Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | |
| | 06 | Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 07 | Data do início do exantema | 08 | Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | |
| | 09 | Foi realizado Iliquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 10 | | | | | Resultado da bacterioscopia : |
| | 11 | O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 12 | Data da última dose tomada | 13 | Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 14 | Data da hospitalização |
| | 15 | UF | 16 | Município do hospital | Código (IBGE) | | 17 | Nome do hospital |
| | | | | | | Código | | |
| Notificação Surto | 18 | | | | | | | Hipóteses diagnósticas no momento da notificação |
| | 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ | | | | | | | 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ |
| Local prov. infecção | 19 | | | | | | | Local provável de infecção (classificação provisória) |
| | País: _____ | | UF | Município: _____ | | Distrito: _____ | | |
| | | | | | | Bairro: _____ | | |

Dados Complementares/ Notificação

SVS 17/07/2006