

APÊNDICE 1

Apresentação e Representação dos Dados

- NORMAS E RECOMENDAÇÕES PARA CONSTRUÇÃO DE TABELAS E GRÁFICOS -

Como foi já referido, a apresentação racional e uniforme dos dados (quer em tabelas quer em gráficos) é um aspecto a ser seguida pelos trabalhadores da saúde.

Como forma de obviar as confusões que geralmente têm surgido nesta matéria, a seguir sintetizam-se os principais conceitos, normas e características utilizados para a apresentação dos dados.

A apresentação consiste na organização das informações em tabelas e gráficos.

Para que uma informação seja útil e entendida deve ser apresentada de forma clara e adequada em relação ao assunto em questão.

Os Gráficos e as Tabelas são as formas de apresentação possibilitam a descrição e a visualização dos dados de uma maneira concisa, facilitando a interpretação dos mesmos e por isso facilitam a análise e compreensão das informações.

As Tabelas:

Uma tabela é composta de traços, formando linhas e colunas, nas quais aparecerá a variável (ou variáveis) e a frequência com que esta é observada (*ver o exemplo que segue*).

Tabela 1. Internamento na Enfermaria de Pediatria do Hospital Rural de Chicuque (Província de Inhambane) - 1º Semestre de 1993

Doenças	Casos	Óbitos	Taxa de Letalidade (%)
Sarampo	12	5	42%
Diarreias	47	2	4%
Malária	56	3	5%
Pneumonia	17	1	6%
Malnutrição *	44	12	27%
Outras Doenças	21	1	5%

Fonte: Resumo de Internamento (SIS-D04)

Nota: (*) = Os casos de anemia foram incluídos na malnutrição

Elementos essenciais de uma Tabela:

São o título, o corpo, o cabeçalho e a coluna indicadora.

O **título** é uma indicação que precede a tabela estatística e que contém a designação do fenómeno observado, o local e a época em que aquele ocorreu. Isto é: o título explica o **QUE** se estuda, **QUANDO** foi e **ONDE**.

O **corpo** corresponde ao conjunto de colunas e de linhas que contêm, respectivamente, em ordem vertical e horizontal, informações sobre o fenómeno estudado.

Chama-se *casa* ao cruzamento de uma coluna com uma linha.

As casas nunca devem ficar em branco. Devem conter sempre um número ou um sinal convencional.

O **cabeçalho**, colocado na parte superior da tabela, tem por finalidade especificar o conteúdo das colunas.

A **coluna** indicadora (ou matriz, ou principal) é a parte da tabela que tem por fim especificar o que contêm as linhas. Quando se utilizar abreviações, deve-se a chave por baixo da tabela.

Pode-se inserir numa tabela mais de uma coluna indicadora.

Elementos complementares de uma Tabela:

Os **elementos complementares de uma tabela** são os seguintes: *fonte, notas e chamadas, que -, de preferência -, são colocadas no rodapé da tabela.*

Fonte é a indicação do órgão ou entidade responsável pelo fornecimento dos dados ou pela sua elaboração.

Notas são informações destinadas a esclarecer ou conceptualizar o conteúdo das tabelas, ou indicar a metodologia adoptada na colheita ou preparação dos dados.

Chamadas são informações de natureza específica sobre determinada parte da tabela, destinadas a conceptualizar ou esclarecer os dados.

Notas:

- ❖ As chamadas devem ser indicadas por algarismos arábicos entre parênteses, no corpo da tabela, à esquerda nas casas e à direita na coluna indicadora.
- ❖ A numeração das chamadas deve ser sucessiva, de cima para baixo, e da esquerda para a direita.
- ❖ A colocação das chamadas no rodapé obedece à ordem de sua sucessão na tabela, separando-se umas das outras por um ponto (.)
- ❖ Quando uma tabela ocupar mais de uma página as chamadas devem figurar no rodapé da última página, de acordo com a sua sucessão.

Sinais convencionais

Numa tabela, devem ser usados obrigatoriamente os seguintes *sinais convencionais*:

- (a) . (traço), quando o dado não existir, isto é, fôr nulo;
- (b) ... (três pontos), quando não se dispõe do dado;
- (c) 0 (zero), 0,0 (zero vírgula zero), 0,00 (zero vírgula zero, zero), quando o valor do dado for menor do que a unidade ou fracção decimal adoptada para a expressão

- do dado;
- (d) x (letra x), quando houver omissão do dado para evitar-se a individualização das informações.

O emprego de unidades de medidas e seus símbolos, numa tabela, deve estar de acordo com certos critérios, princípios ou normas. As grandezas que não tenham normas convencionais definidas ou universalmente aceites, devem ser expressas nas unidades mais convenientes, desde que seja compreensível por si mesma ou venha claramente definida no documento. Exemplo: tonelada - quilómetro, t/km.

Data de referência dos dados

Sempre que a natureza do fenómeno estudado o exigir, deve-se indicar a data de referência dos dados.

Os meses podem ser indicados pelas suas três primeiras letras.

Quando os dados se referirem a uma série de anos civis consecutivos, indica-se o último ano, separado por um hífen (-), por três algarismos, se os séculos diferirem, e por dois, se o século for o mesmo.

- ✓ Exemplo: 1896-915 e 1970-75

Quando os dados se referirem a uma série de anos não consecutivos, o primeiro e o último ano, separados por (-) hífen, devem ser indicados com os seus algarismos completos.

- ✓ Exemplo: 1976-1984

Quando os dados forem referentes a um período de doze meses diferentes do ano civil, indicam-se o primeiro ano e a parte variável do segundo, separados por uma barra inclinada (/).

- ✓ Exemplo. 1975/76

Apresentação dos dados

A parte inteira dos números será separada por pontos, da direita para a esquerda, em classes de três algarismos.

- ✓ Exemplo: 52.425.315

Exceptuam-se os números tradicionalmente escritos de outra forma, como, por exemplo, os anos do calendário (1975, 1989, 1993, etc.).

Na parte decimal essa separação faz-se da esquerda para a direita. Exemplo: 3.103,54

A separação da parte inteira de um número da sua parte decimal é feita por vírgula.

Nota importante: Sempre que fôr necessário, deverá ser chamada a atenção do leitor para o sistema inglês de numeração, que troca a vírgula pelo ponto e vice-versa.

Deverá haver cuidado na expressão literal do bilião (ou bilhão) que em alguns países, como em Moçambique, no Brasil, nos Estados Unidos e França, vale mil milhões (1.000.000.000) e, noutros, como Portugal, Inglaterra, Alemanha, vale um milhão de milhões (1.000.000.000.000).

O uso de algarismos romanos (I, VIII, IX, XIII, XXIX, CIV, DXXIV, etc.) deve ser evitado, inclusive para as datas.

Apresentação das Tabelas

As tabelas - com exclusão dos títulos - devem ser delimitadas no alto e em baixo, por traços horizontais grossos, de preferência.

É recomendada a não-delimitação das tabelas, à esquerda e à direita, por traços verticais. No entanto, será facultativo o emprego de traços verticais para a separação das colunas, no corpo da tabela.

No caso da tabela ter de ocupar mais de uma página, não será delimitada na parte inferior e o cabeçalho deve ser repetido na página seguinte. Neste caso, usa-se no cabeçalho, ou na coluna indicadora, a expressão *continua* ou *conclusão*, conforme o caso.

Quando uma tabela tiver que ocupar páginas confrontantes, todas as linhas devem ser numeradas na primeira e última coluna.

No caso de a tabela conter muitas linhas e poucas colunas, poderá ser disposta em duas ou mais partes, lado a lado, separando-se as partes por um traço vertical duplo.

✓ Exemplo:

Número de Postos e Centros de Saúde em 31 de Dezembro

Anos	Postos de Saúde	Centros de Saúde	Anos	Postos de Saúde	Centros de Saúde	Anos	Postos de Saúde	Centros de Saúde
1975			1982			1989		
1976			1983			1990		
1977			1984			1991		
1978			1985			1992		
1979			1986			1993		
1980			1987			1994		
1981			1988			1995		

Deve-se evitar, quando possível, que a tabela esteja disposta de modo que a sua leitura exija a colocação da página, ou do volume, em posição diferente da normal.

Quando não fôr possível o recomendado anteriormente, deve-se colocar a tabela de forma que a rotação da página, para a leitura, seja no sentido dos ponteiros de um relógio.

As tabelas que estão inseridas em textos corridos devem estar situadas na altura em que são citadas pela primeira vez.

No caso do texto estar distribuído por duas ou mais colunas, e a tabela ocupar mais de uma coluna, localizar-se-á, de preferência, na base da página.

Seguem-se alguns exemplos de tabelas organizadas segundo as normas 'oficiais' (nome e dados fictícios).

Número de consultas externas por distrito - 1994
Província de Figaroa

Distrito	Consultas Externas (nº)	Distrito	Consultas Externas (nº)	Distrito	Consultas Externas (nº)
Pinda	...	Baía	6.743	Salina	-
Monane	(x)	Moabiza	9.560	Catoja (2)	7.350
Carrujo	2.505	Itata	3.459	Bungane	8.366
Papata	8.363 (1)	Zurita	0	Bobolito	7.352

Fonte: Relatórios Anuais Distritais, 1994

(1) e (2): Dados estimados

- Título: Número de Consultas Externas por distrito - 1994
 Cabeçalho: Província de Figaroa
 ...: Não se dispõe de dados do Distrito de Pinda
 (x): Dado omitido para o Distrito de Monane para evitar-se individualização
 (1) e (2): Chamadas - dados estimados para Papata e Catoja
 0: No Distrito de Zurita não foram realizadas consultas externas devido ao encerramento das respectivas U.S.
 -: Dados do Distrito de Salina inexistentes (a DPS não recebeu dados)

Observação: A tabela é constituída de mais de uma coluna indicadora.

Número e distribuição de Pessoal por Distrito - 1982-1994
Província de Figaroa

Distrito	Pessoal efectivo a 31 de Dezembro (nº)							
	Médicos		Enfermeiros		Pessoal de SMI		Pessoal de Medicina Preventiva	
	1982	1994	1982	1994	1982	1994	1982	1994
Pinda	2 ⁽¹⁾	3 ⁽¹⁾	5	11	4	6		...
Monane	5	4	10	16	7	-	3	4
Carrujo	7	9	13	10	9	11	1	...
Baía	3	7	8	13	12	14	5	8
Moabiza	0	3	7	8	5	8	7	...
Itata	2	3	-	9	0	4	8	10

Fonte: Relatórios Anuais Distritais, 1982 e 1994

(1): Dado estimado

Esta tabela contém:

- 1) *Título*: Número e Distribuição de Pessoal por Distrito - 1982-1994.
- 2) *Corpo*: O Conjunto de 9 colunas e 6 linhas.
- 3) *Cabeçalho*: Formado por "Província de Figaroa" e "Pessoal Efectivo ..."
- 4) *Casas*: Formadas pelo cruzamento das colunas e linhas.

Uma casa, por exemplo, é a que contém o dado 16 formado pela coluna "Enfermeiros", ano de 1994, ao se cruzar com a linha

Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde (SIS)

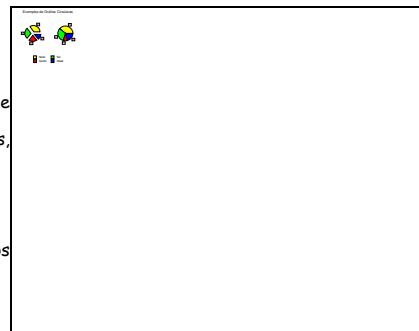
correspondente ao Distrito de Monane. Elas nunca podem ficar em branco.

- 5) *Coluna indicadora:* É a que corresponde aos Distritos.
- 6) *Fonte:* Relatórios Anuais Distritais - 1982 e 1994.
- 7) *Chamada: (1)* - Dado estimado.
- 8) - : Não existem os dados inferidos ao Pessoal de Medicina Preventiva dos Distritos de Pinda, Carrujo e Moabiza para o ano de 1994.
- 9) ...: Não se dispõe de dados.

Os Gráficos:

As representações gráficas têm por finalidade principal mostrar -, mediante a utilização de figuras (linhas e áreas e volumes) -, as variações das intensidades de um ou mais fenómenos, mediante as variações de outros fenómenos.

Há várias maneiras de se representar um fenómeno estatístico, mas as duas principais são os **cartogramas** e os **diagramas**.



- Um **Cartograma** é uma carta ou um mapa geográfico, no qual a intensidade de um fenómeno quantitativo determinado nas diversas áreas, regiões ou províncias (geográficas, políticas e administrativas) é apresentada mediante a intensidade (ou qualidade) de coloração.

Por exemplo: a densidade demográfica das várias províncias moçambicanas, ou as variações dos índices médios de natalidade nas regiões norte, centro e sul.

- Um **Diagrama** é um tipo de gráficos mais utilizados e pode ser definido como sendo uma figura que serve para representar, através da magnitude de entes geométricas, as variações quantitativas de certos fenómenos em função de modalidades quantitativas ou qualitativas de outros fenómenos.

Há uma variedade muito grande de diagramas, mas em relação aos fenómenos qualitativos, há sempre um princípio fundamental que rege a sua construção, e que consiste em estabelecer, segundo a teoria da medição, uma relação entre entes geométricos elementares e valores numéricos (medidas ou frequência dos fenómenos quantitativos).

Examinemos apenas *dois* (ou *três*) dos principais tipos de diagramas: (os diagramas que servem para representar graficamente os fenómenos Quantitativos dependendo de um fenómeno Qualitativo).

Diagrama de barras simples (ou colunas)

A característica fundamental deste tipo de gráfico é o facto de se utilizarem - como figuras geométricas - rectângulos de bases iguais para representar as intensidades dos fenómenos quantitativos.

A disposição das barras ou colunas pode ser horizontal ou vertical. A distância entre cada modalidade de fenómeno fica ao critério da estética e do bom gosto do confeccionador do gráfico. Mas deverá ser sempre constante, uma vez que seja escolhido um valor.

Alguns estatísticos preferem, para melhor comparação, não deixar nenhum espaço entre os rectângulos.

Histogramas

Quando as séries a serem representadas são as de frequência, isto é, os valores do fenómeno que serve de base de classificação (*variável independente*) se apresentam em classes, o gráfico cartesiano apresentar-nos-á uma série de rectângulos, apoiados sobre o eixo das abcissas, e sucessivamente adjacentes. Este gráfico é denominado diagrama de colunas, ou mais propriamente histograma.

O histograma é, portanto, um gráfico de áreas, e, por isso, as frequências do fenómeno proporcionais à superfície de cada rectângulo que apresenta. No caso de todas as classes serem do mesmo intervalo as frequências serão proporcionais às alturas. (É o que acontece por exemplo com o gráfico representativo das idades de uma população recenseada)

Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde (SIS)

Gráfico Circular (Ou gráfico de sector ou ainda Composição):

É um gráfico muito utilizado, principalmente quando se quer indicar ao observador as proporções das diversas frequências no conjunto do fenómeno. Como o seu nome indica ele compõe-se num todo, que é o círculo, as diversas partes do fenómeno, indicando a proporção de cada uma delas.

Vantagens da Representações Gráficas

1. A maior vantagem das representações gráficas é o facto de permitem, mesmo ao leigo, perceber a tendência da evolução do fenómeno com uma simples 'olhadela'.

As tabelas quando analisadas por entendidos no assunto revelam também a tendência de um fenómeno, mas elas são frias e fogem à compreensão do assunto principalmente, para os que não são afectos a técnicas estatísticas.

Os gráficos quanto mais simples e sugestivos mais informam sobre o desenvolvimento de um fenómeno, sem que a pessoa necessite de conhecimentos especiais da metodologia estatística.

2. Servem para indicar possíveis erros de colheita (de dados) e permitem a comparação para as variações entre dados recolhidos e dados elaborados. Efectivamente, se dispusermos de curvas indicativas, por exemplo, do desenvolvimento das taxas de coberturas do DPT num distrito, em vários anos, uma expressiva modificação da curva, no sentido de alta ou baixa, chama-nos atenção para um facto novo que deverá ser verificado. Esta verificação pode conduzir-nos a um provável erro de recolha ou à comprovação de novo fenómeno que merecerá estudos novos.

3. São vantajosos também porque muitas vezes, sugerem-nos a necessidade de novas pesquisas e análises.

Por exemplo: quem estuda a evolução da natalidade e a mortalidade pode verificar que num dado período elas se mostram particularmente paralelas e que, depois, a determinada altura uma delas (a mortalidade por exemplo) decresce ponderavelmente chegando a atingir valores mais baixos. Se se observar este fenómeno, evidenciado pelas curvas de natalidade e mortalidade, os estatísticos poderão pesquisar as causas desta modificação da tendência da mortalidade e elaborar novas teorias explicativas do fenómeno.

4. Os gráficos permitem a descoberta imediata de certas relações entre os fenómenos, sem a necessidade de construções matemáticas.

✓ Por exemplo: a representação gráfica do peso das crianças indica-nos se elas estão ou não a registar um crescimento à medida que a idade e o tempo transcorrem.

5. Os gráficos, (principalmente os diagramas) permitem-nos determinar a lei de dependência de uma função em relação com as suas variáveis e, portanto, a determinação analítica da referida lei. (*A Lei de Malthus, segundo a qual a população cresce segundo uma progressão geométrica, foi sugerida pela observação de gráficos representando o crescimento da população em diversos países*).

O problema do arredondamento

Na maioria dos casos, a transformação das frequências absolutas em relativas não nos conduzem a resultados exactos. Para tanto, basta que a soma das frequências tenha factores primos diferentes de 2 e 5 ou de ambos. Por outro lado, geralmente, os valores estatísticos são calculados até centésimos, e com isso apresenta-se-nos o problema de *arredondar* os resultados.

Procedimentos a seguir para arredondamentos:

O procedimento deve ser o seguinte:

✓ - se o valor a ser arredondado for 0, 1, 2, 3 ou 4, simplesmente deverá ser desprezado; sendo 5, 6, 7, 8 ou 9, soma-se um à casa imediatamente anterior. Assim, 10,944 arredondado para centésimos é igual a 10,94, e 10,945 também arredondado para centésimos será igual a 10,95.

Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde (SIS)

□- pode ocorrer que ao arredondamentos para mais sejam em maior número do que os para menos. Neste caso o total obtido ultrapassará, por exemplo, o tamanho da população considerada. O inverso também pode ocorrer e o total não se igualará ao tamanho da população. Em ambos os casos deve-se subtrair, ou somar, às maiores frequências relativas o que estará faltando ou excedendo ao tamanho da população considerada.

✓ Exemplo:

Tabela de frequência relativa percentual arredondada para centésimo.

PESO (EM GRAMAS)	CRIANÇAS (FREQUÊNCIA)	FREQUÊNCIA RELATIVA % ATÉ MILÉSIMOS	FREQUÊNCIA % ARREDONDADA PARA CENTÉSIMOS
3.500 - 4.000	5	6,024	6,02
4.000 - 4.500	7	8,433	8,43
4.500 - 4.550	12	14,458	14,46
4.550 - 4.560	15	18,072	18,07
4.560 - 4.570	18	21,687	21,69 □ 21,70
4.570 - 4.580	10	12,048	12,05
4.580 - 4.590	9	10,834	10,84
4.590 - 5.000	7	8,434	8,43
TOTAL	83		99,99 □ 100,00

COMO A SOMA DOS VALORES ARREDONDADOS PARA CENTÉSIMOS DEU 99,99, SOMA-SE 0,01 À MAIOR FREQUÊNCIA QUE É 21,69 E ELA PASSARÁ A SER 21,70.

APÊNDICE 2

CONCEITOS, SIGNIFICADO E MÉTODO DE CÁLCULO DE ALGUNS DOS INDICADORES MAIS UTILIZADOS

- A) **CONSULTA POR HABITANTE:** NÚMERO MÉDIO DE CONSULTAS POR HABITANTE - TOTAL DE CONSULTAS/TOTAL DA POPULAÇÃO.
- B) **DEMOGRAFIA:** (DO GREGO *DEMOS*, POVO E *GRAFIA*, DESCRIÇÃO) ENTENDE-SE COMO CIÊNCIA DA POPULAÇÃO OU ESTUDO DA POPULAÇÃO. É O RAMO DAS CIÊNCIAS HUMANAS QUE SE OCUPA DE ESTUDAR A POPULAÇÃO EM TODOS OS SEUS ASPECTOS: CRESCIMENTO, REDUÇÃO, MOVIMENTOS MIGRATÓRIOS, ETC. ESTIUDADA COMO SOCIOLOGIA DEMOGRÁFICA, INCLUI OS FACTORES QUE INTERFEREM NO CRESCIMENTO, DECRÉSCIMO E MPVIMENTOS POPULACIONAIS.
- C) **DENSIDADE DEMOGRÁFICA:** MAIOR OU MENOR ÍNDICE POPULACIONAL DE UM TERRITÓRIO. DIZ-SE QUE ESSA DENSIDADE ALCANÇA O ÓPTIMO POPULACIONAL QUANDO UM TERRITÓRIO TEM A POPULAÇÃO SUFICIENTE PARA TIRAR O MELHOR PARTIDO DAS RIQUEZAS NATURAIS AÍ EXISTENTES. ACIMA DESSE NÍVEL, HÁ *SUPERPOPULAÇÃO*, QUE É UMA DENSIDADE DEMOGRÁFICA EXAGERADA. ABAIXO DO ÓPTIMO POPULACIONAL, SITUAM-SE OS VÁRIOS GRAUS DE *INFRAPOPULAÇÃO* OU DE *VAZIO DEMOGRÁFICO*.
- A DENSIDADE POPULACIONAL MEDE-SE PELO ÍNDICE CHAMADO **POPULAÇÃO RELATIVA**, QUE SE OBTÉM DIVIDINDO O NÚMERO DE HABITANTES PELO DE QUILOMETROS QUADRADOS DO TERRITÓRIO.
- D) **ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA (ou Vida Média):** NÚMERO MÉDIO DE ANOS QUE UM RECÉM-NASCIDO VIVERIA, SE NÃO VARIAREM AS TAXAS DE MORTALIDADE POR IDADE DE UM ANO DETERMINADO.
- E) **IDADE MEDIANA:** IDADE QUE DIVIDE O TOTAL DA POPULAÇÃO EM DUAS PARTES IGUAIS, PERCENTAGEM CUMULADA DA POPULAÇÃO DIVIDIDA EM GRUPOS DE UM ANO ATÉ OS 50%
- F) **INCIDÊNCIA:** NÚMERO DE CASOS, ACONTECIMENTOS, EVENTOS, ETC., QUE OCORREM NUM DETERMINADO PERÍODO, (GERALMENTE UM ANO), NUM CERTO LUGAR NUMA CERTA POPULAÇÃO. ACONTECIMENTOS COMO NASCIMENTOS, ÓBITOS, PARTOS, ABORTOS, ACIDENTES, INTERNAMENTOS, EPISÓDIOS DE DOENÇA, ETC., SÃO SEMPRE MEDIDOS COMO INCIDÊNCIA.
- G) **ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDADE:** NÚMERO MÉDIO DE FILHOS QUE CADA MULHER DEVERIA TER NA SITUAÇÃO ACTUAL.
- H) **INTERVENÇÃO POR CIRURGIÃO:** NÚMERO MÉDIO DE OPERAÇÕES DE CIRURGIA FEITAS POR CADA CIRURGIÃO.
- I) **MÉDIA ARITMÉTICA:** SOMA DE TODOS OS VALORES DE UM CONJUNTO DE OBSERVAÇÕES DIVIDIDA PELO NÚMERO DE OBSERVAÇÕES.
- J) **MÉDIA PONDERADA:** UMA MÉDIA PARA A QUAL OS VALORES INDIVIDUAIS DO CONJUNTO SE MULTIPLICAM, MUITAS VEZES PELAS SUAS RESPECTIVAS FREQUÊNCIAS.
- K) **MEDIANA:** VALOR QUE DIVIDE UMA DISTRIBUIÇÃO EM DUAS METADES IGUAIS; VALOR CENTRAL OU DE MÉDIA DE UMA SÉRIE DE OBSERVAÇÕES QUANDO OS VALORES OBSERVADOS SE DISPOEM POR ORDEM DE MAGNITUDE.
- L) **MIGRAÇÕES:** MOVIMENTOS DEMOGRÁFICOS NO ESPAÇO. ISTO É. MOVIMENTO DE PESSOAS DE UMA LOCALIDADE GEOGRÁFICA PARA OUTRA DENTRO DO MESMO PAÍS OU ATRAVESSANDO FRONTEIRAS. PORTANTO, PODEM SER *INTERNAS* - COMO OCORRE GERALMENTE DO CAMPO PARA A CIDADE EM TODA OPORTUNIDADE DE DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL. PODEM SER *EXTERNAS* - E ENTÃO COSTUMA DENOMINAR-SE **IMIGRAÇÃO** À ENTRADA DE ESTRANGEIROS NO PAÍS E DE **EMIGRAÇÃO** À SAÍDA DE NACIONAIS.

- M) **MORBILIDADE:** TODO O DESVIO SUBJECTIVO OU OBJECTIVO DE UM ESTADO DE BEM-ESTAR FISIOLÓGICO DETERMINADA POR UMA DOENÇA, UM TRAUMATISMO OU DEFICIÊNCIA¹.
- N) **PARTOS POR PARTEIRA:** NÚMERO MÉDIO DE PARTOS ASSISTIDOS POR CADA PARTEIRA.
- O) **POPULAÇÃO ABSOLUTA:** NÚMERO DE HABITANTES DE UM TERRITÓRIO.
- P) **POPULAÇÃO RELATIVA:** NÚMERO DE HABITANTES POR KM² DE TERRITÓRIO.
- Q) **POPULAÇÃO (OU GRUPO) EM RISCO:** PESSOAS QUE ESTÃO EXPOSTAS A CONTRAIR UMA DETERMINADA DOENÇA (POR EX.: DURANTE UM SURTO EPIDÉMICO).
- R) **PREVALÊNCIA:** CASOS EXISTENTES (DE UMA DETERMINADA DOENÇA NUMA DETERMINADA COMUNIDADE NUM MOMENTO DETERMINADO. (QUANDO SE ESPECIFICA UM PERÍODO DE TEMPO, E MEDIDA RESULTANTE É A *PREVALÊNCIA DURANTE UM PERÍODO*). POR OUTRAS PALAVRAS: NÚMERO DE PESSOAS, DOENTES, OBJECTOS, CASOS, ETC. PRESENTES NUMA CERTA ALTURA NUM CERTO LUGAR INDEPENDENTEMENTE DA DATA DE INÍCIO OU DE ENTRADA.
- S) **PROBABILIDADE DE SOBREVIVÊNCIA** PROBABILIDADE DE ALGUÉM VIVO A DETERMINADA IDADE CONTINUE COM VIDA A UMA DADA IDADE SUPERIOR.
- T) **PROPORÇÃO:** FRACÇÃO $A/(A+B)$ PARA GRUPOS MUTUAMENTE EXCLUSIVOS COM ELEMENTOS A E B (OS ELEMENTOS B PODEM PERTENCER A MAIS DE UM GRUPO, CADA UM MUTUAMENTE EXCLUSIVO DO GRUPO COM OS ELEMENTOS A).
- U) **RELAÇÃO:** A FRACÇÃO A/B PARA DOIS GRUPOS MUTUAMENTE EXCLUSIVOS COM ELEMENTOS A E B (CONVENCIONALMENTE EXPRESSA COMO 1:B/A E LÊ-SE "1 ESTÁ PARA B/A").
- V) **RENDIMENTO "PER CAPITA"** (RENDIMENTO POR CABEÇA) ÍNDICE ECONÓMICO CONSTANTE EM DIVIDIR O RENDIMENTO NACIONAL DE UM DADO PAÍS PELO NÚMERO DOS SEUS HABITANTES. É UMA DAS MEDIDAS DO DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO, EMBORA FALHA EM CERTOS CASOS ESPECIAIS.
- W) **TAXA:** UMA MEDIDA DA "VELOCIDADE" COM QUE SE PRODUZEM OS SUCESSOS (POR EX.: A TAXA DE INCIDÊNCIA DE UMA DETERMINADA DOENÇA É UMA MEDIDA DA 'VELOCIDADE' COM QUE APARECEM NOVOS CASOS NA COMUNIDADE).
- X) **TAXA DE BAIXO PESO À NASCENÇA:** PERCENTAGEM DE NASCIDOS VIVOS COM PESO MENOR OU IGUAL A 2 500 GRS.
- (FÓRMULA: $\text{NASCIDOS VIVOS COM PESO} < \text{OU} = \text{A } 2500 \text{ GRS} / \text{TOTAL DE NADOS VIVOS}$).
- Y) **TAXA GLOBAL DE FECUNDIDADE:** NÚMERO MÉDIO DE FILHOS QUE TERIA UMA MULHER, AO FIM DO SEU PERÍODO REPRODUTIVO, SE NÃO VARIAR AS TAXAS DE FECUNDIDADE POR IDADE DE UM ANO DETERMINADO.
- Z) **TAXA GERAL DE NATALIDADE:** NÚMERO DE NASCIMENTOS POR ANO POR CADA MIL HABITANTES.
- (FÓRMULA: $\text{NASCIDOS VIVOS} / \text{TOTAL DA POPULAÇÃO POR } 1.000$).
- AA) **TAXA DE COBERTURA:** PERCENTAGEM DA POPULAÇÃO ALVO DE UM PROGRAMA QUE FOI EFECTIVAMENTE ABRANGIDA.
- BB) **TAXA DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO** MUDANÇA RELATIVA DO TAMANHO DA POPULAÇÃO NUM ANO.

CC) **TAXA DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO** MUDANÇA RELATIVA DO TAMANHO DA POPULAÇÃO COMO CONSEQUÊNCIA DOS NASCIMENTOS, ÓBITOS E A DA MIGRAÇÃO BRUTA.

DD) **TAXA DE CRESCIMENTO NATURAL:** MUDANÇA RELATIVA DO TAMANHO DA POPULAÇÃO ORIGINADO EXCLUSIVAMENTE PELO BALANÇO ENTRE NASCIMENTOS E ÓBITOS;
POR OUTRAS PALAVRAS: É A DIFERENÇA ENTRE A TAXA GERAL DE NATALIDADE E A DE MORTALIDADE. OU, NÚMERO DE HABITANTES QUE SE ACRESCENTA (OU SE TIRA) A UMA POPULAÇÃO, POR ANO, POR CADA CEM HABITANTES.

(FÓRMULA: TAXA GERAL DE NATALIDADE - TAXA GERAL DE MORTALIDADE) POR 100).

EE) **TAXA DE INTERNAMENTO:** NÚMERO MÉDIO DE ALTAS POR 100 HABITANTES. (TOTAL ALTAS/POPULAÇÃO VEZES 100).

FF) **TAXA DE LETALIDADE:** É A RAZÃO ENTRE O NÚMERO DE PESSOAS NAS QUAIS SE DIAGNOSTICOU A DOENÇA E O NÚMERO DAS QUE MORRERAM EM CONSEQUÊNCIA DELA.

(FÓRMULA: TOTAL DE ÓBITOS POR UMA DETERMINADA DOENÇA/AFECÇÃO NUMA ZONA DURANTE UM PERÍODO DETERMINADO / TOTAL DE PESSOAS COM A MESMA DOENÇA/AFECÇÃO NA ZONA DURANTE O MESMO PERÍODO POR 1.000).

(OBS.: O TERMO EMPREGA-SE, COMUMENTE, COM REFERÊNCIA A UM SURTO EPIDÉMICO ESPECÍFICO DE DOENÇA AGUDA EM QUE TODOS OS CASOS FORAM ACOMPANHADOS DURANTE UM PERÍODO DE TEMPO APROPRIADO, DE MODO A INCLUIR TODOS OS ÓBITOS ATRIBUÍDOS À DOENÇA EM CAUSA. É, PORTANTO DIFERENTE DA TAXA DE MORTALIDADE).

GG) **TAXA DE MORBILIDADE:** REPRESENTA O TOTAL DE CASOS DIAGNOSTICADOS DE UMA DOENÇA, NUM CERTO PERÍODO, EM RELAÇÃO AO TOTAL DA POPULAÇÃO EM RISCO PELA MESMA DOENÇA, NO MESMO PERÍODO, NUMA ÁREA. OU SEJA, EXPRESSA O NÚMERO DE PESSOAS DA POPULAÇÃO CONSIDERADA QUE ADOECEM DURANTE O PERÍODO DE TEMPO ESPECIFICADO.

HH) **TAXA DE MORTALIDADE:** É CALCULADO DA MESMA MANEIRA QUE A TAXA DE INCIDÊNCIA, TENDO COMO NUMERADOR O NÚMERO DE ÓBITOS OCORRIDOS NA POPULAÇÃO DURANTE UM PERÍODO INDICADO; GERALMENTE UM ANO.

(OBS.: A TAXA GERAL OU BRUTA DE MORTALIDADE (TBM) INCLUI AS MORTES POR TODAS AS CAUSAS E É EXPRESSO COMO NÚMERO DE ÓBITOS POR 1.000 HABITANTES, ENQUANTO QUE A TAXA ESPECÍFICA DE MORTALIDADE INCLUI APENAS OS ÓBITOS DEVIDOS A UMA DOENÇA E É GERALMENTE REFERIDO NA BASE DE 100.000 HABITANTES).

II) **TAXA GLOBAL DE MORTALIDADE INTRAHOSPITALAR:** É A RELAÇÃO PERCENTUAL ENTRE O TOTAL DE ÓBITOS OCORRIDOS NA UNIDADE SANITÁRIA (POR TODAS AS CAUSAS) DURANTE DETERMINADO PERÍODO E O TOTAL DE DOENTES SAÍDOS (ALTAS + ÓBITOS) NO MESMO PERÍODO.

(FÓRMULA: (TOTAL DE ÓBITOS POR TODAS AS CAUSAS EM DETERMINADO PERÍODO/TOTAL DE ALTAS NO MESMO PERÍODO POR 100)

JJ) **TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL:** EXPRESSA O NÚMERO DE MORTES OCORRIDAS ENTRE CRIANÇAS COM MENOS DE 1 ANO DE IDADE POR CADA 1.000 NASCIDAS VIVAS NUM DETERMINADO ANO.

(FÓRMULA: (N.º DE ÓBITOS DE MENORES DE 1 ANO (OCORRIDOS NO ANO X) / N.º DE NASCIDOS VIVOS (OCORRIDOS NO MESMO ANO X)).

KK) **TAXA DE MORTALIDADE DE MENORES DE CINCO ANOS (TMM5):** NÚMERO DE ÓBITOS ANUAIS DE MENORES DE CINCO ANOS EM CADA 1.000 NASCIDOS VIVOS.

Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde (SIS)

(FÓRMULA: $(N.º \text{ DE ÓBITOS DE MENORES DE 5 ANOS (OCORRIDOS NO ANO X) NUMA DADA ZONA / POPULAÇÃO TOTAL DE CRIANÇAS DE 5 ANOS DE IDADE NO MESMO ANO X E NA MESMA ZONA})$).

LL) **TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL:** MEDE O RISCO DE MORTE DURANTE A GRAVIDEZ DEPOIS DE 28 SEMANAS COMPLETAS DE GESTAÇÃO OU DENTRO DE UMA SEMANA DEPOIS DO PARTO.

(FÓRMULA: $(N.º \text{ DE ÓBITOS PERINATAIS (OCORRIDOS NO ANO X) NUMA DADA ZONA / NÚMERO DE NADOS-VIVOS E MADOS-MORTOS NO MESMO ANO X E NA MESMA ZONA})$).

SENDO O N.º DE MORTES PERINATAIS = N.º DE NADOS-MORTOS + N.º DE ÓBITOS DE MENORES DE 1 SEMANA².

MM) **TAXA DE MORTALIDADE MATERNA:** NÚMERO ANUAL DE ÓBITOS DE MULHERES POR CAUSAS MATERNAS POR 1000 CRIANÇAS NASCIDAS COM VIDA. MEDE O RISCO DE QUE AS MULHERES MORRAM POR CAUSAS MATERNAS (I.E. DURANTE A GESTAÇÃO, PARTO, OU PUERPÉRIO).

(FÓRMULA: $N.º \text{ DE ÓBITOS POR CAUSAS MATERNAS (I.E. POR COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO) NUMA ZONA E NUM PERÍODO / N.º DE NADOS VIVOS POR 1.000) NA MESMA ZONA E NO MESMO PERÍODO}$).

NOTA: O IDEAL SERIA QUE O DENOMINADOR INCLUISSE TODOS OS PARTOS E ABORTOS.

NN) **TAXA DE NATIMORTALIDADE:** REPRESENTA A FREQUÊNCIA COM QUE OCORREM OS ÓBITOS FETAIS EM RELAÇÃO AOS NASCIDOS VIVOS DE UM DADO PERÍODO.

(FÓRMULA: $N.º \text{ DE PERDAS FETAIS TARDIAS (NADOS MORTOS) NUA ZONA E NUM PERÍODO DETERMINADO / N.º DE NADOS VIVOS + N.º DE NADOS MORTOS) NA MESMA ZONA E MESMO PERÍODO}$).

OO) **TAXA DE PREVALÊNCIA:** NÚMERO DE PESSOAS, DOENTES, OBJECTOS, CASOS, ETC. PRESENTES NUMA CERTA ALTURA NUM CERTO LUGAR EM RELAÇÃO AO TOTAL DA POPULAÇÃO, OBJECTOS, ETC.

TEM COMO NUMERADOR O NÚMERO DE PESSOAS DOENTES OU PORTADORAS DE CERTA CONDIÇÃO, NUMA POPULAÇÃO INDICADA, EM DETERMINADO MOMENTO, SEM TOMAR EM CONSIDERAÇÃO QUANDO ESSA DOENÇA OU CONDIÇÃO TEVE INÍCIO, E COMO DENOMINADOR O TOTAL DA POPULAÇÃO EM QUE ELAS OCORRERAM.

POR EXEMPLO: A TAXA DE PREVALÊNCIA DA TINGHA NUMA CLASSE DE MENINOS EM DETERMINADO DIA PODERIA SER 25 POR 100; OU A TAXA DE PREVALÊNCIA DE UMA REACÇÃO SOROLÓGICA POSITIVA NUM INQUÉRITO LEVADO A EFEITO NUMA POPULAÇÃO DA QUAL FORAM TOMADAS AMOSTRAS DE SANGUE PODERIA SER DE 10 POR 1.000 POSITIVOS.

(PODE SER EXPRESSA POR 1.000, POR 10.000, POR 100.000 DE ACORDO COM A CONVENIÊNCIA NUMÉRICA E/OU MATEMÁTICA.

PP) **TAXA DE INCIDÊNCIA:** N.º DE PESSOAS QUE CONTRAEM UMA DADA DOENÇA DURANTE UM DETERMINADO TEMPO, POR 1.000 HABITANTES EXPOSTOS.

(FÓRMULA: $N.º \text{ DE INDIVÍDUOS QUE CONTRAEM UMA DOENÇA DURANTE UM DETERMINADO PERÍODO/TOTAL DA POPULAÇÃO EXPOSTA X K}$).

QQ) **TAXA DE OCUPAÇÃO DE CAMAS:** TOTAL DE DIAS DE INTERNAMENTO NUMA ENFERMARIA, NUM CERTO PERÍODO, EM

² Em alguns países o termo 'morte perinatal' compreende as mortes de crianças menores de 4 semanas de idade.

Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde (SIS)

RELAÇÃO AO TOTAL DE DIAS-CAMAS DISPONÍVEIS NA MESMA ENFERMARIA NO MESMO PERÍODO, POR 100.

- RR) **TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA:** TOTAL DE DIAS DE INTERNAMENTO NUMA ENFERMARIA, NUM CERTO PERÍODO, SOBRE TOTAL DE ALTAS DA MESMA ENFERMARIA NO MESMO PERÍODO.
- SS) **TOTAL DE DIAS DE INTERNAMENTO:** SOMA DOS DIAS (PERÍODO DE 24 HORAS) DE INTERNAMENTO DE TODOS OS DOENTES DE UMA ENFERMARIA OU HOSPITAL DURANTE UM CERTO PERÍODO.
- TT) **RENDIMENTO DA CAMA:** TOTAL DE ALTAS DE UMA ENFERMARIA NUM CERTO PERÍODO, SOBRE O TOTAL DE CAMAS DA MESMA ENFERMARIA NO MESMO PERÍODO.



APÊNDICE 3

GLOSSÁRIO DE TERMOS COMUMENTE UTILIZADOS NO SIS E NA ESTATÍSTICA SANITÁRIA EM GERAL

(DEFINIÇÕES, CONCEITOS E NOTAS)

PARA QUE AS COMPARAÇÕES SEJAM POSSÍVEIS E VÁLIDAS, A PRECISÃO NOS SENTIDO DOS TERMOS UTILIZADOS DEVE SER TANTO QUANTO POSSÍVEL, ABSOLUTA.

ENTENDEMOS SER PROVÁVEL QUE OS DESTINATÁRIOS DESTA MANUAL VENHAM A UTILIZÁ-LO EM SITUAÇÕES NAS QUAIS A CONSULTA A UM DICIONÁRIO PODE SER PROBLEMÁTICA. POR OUTRO LADO, E COMO ACONTECE EM TODOS OS RAMOS DAS CIÊNCIAS E DAS LETRAS, NO SIS EM GERAL E NESTE MANUAL EM PARTICULAR, UTILIZAM-SE CERTOS TERMOS DE UMA MANEIRA ESPECÍFICA, QUANTO AO TEMA E AO SEU CONTEXTO. POR ISSO E PORQUE O SEU SIGNIFICADO PODERÁ NÃO SER CLARO PARA TODOS OS LEITORES DESTINATÁRIOS DO MANUAL OU NÃO COINCIDIR COM O DOS DICIONÁRIOS, DÁ-SE A SEGUIR AS EXPLICAÇÕES JULGADAS NECESSÁRIAS PARA ESCLARECÊ-LOS. PORTANTO, O GLOSSÁRIO É APENAS MAIS UM AUXÍLIO QUE O MANUAL PRETENDE PRESTAR.

PELA NATUREZA E ESPÍRITO DO MANUAL, NÃO SE PRETENDE REALIZAR UM LEVANTAMENTO EXAUSTIVO DE TERMOS NEM ESGOTAR O ASSUNTO MAS SIM A DEFINIÇÃO E CONCEPTUALIZAÇÃO DOS NECESSÁRIOS E PRECONIZÁVEIS. TRATA-SE, PORTANTO, DE UMA ABORDAGEM E NÃO DE UM ESTUDO COM VISTAS À INDICAÇÃO DE LINHAS-MESTRAS E INDICAÇÃO DE UM CAMINHO PARA O SEU APROFUNDAMENTO.

- **ABORTO:** É A INTERRUPTÃO (VOLUNTÁRIA OU INVOLUNTÁRIA) DA GRAVIDEZ ANTES DE 28 SEMANAS DE GESTÃO.
- **ALTA HOSPITALAR:** É O ENCERRAMENTO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO DOENTE DO HOSPITAL POR DECISÃO MÉDICA. (A ALTA PODE SER DEFINITIVA OU PROVISÓRIA, A PEDIDO, DISCIPLINAR OU ADMINISTRATIVA, POR REMOÇÃO, ABANDONO OU ÓBITO). POR OUTRAS PALAVRAS: É O FIM DA OCUPAÇÃO DUMA CAMA HOSPITALAR POR UM DOENTE POR CURA, TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA U.S., MORTE, PEDIDO DO DOENTE OU D SEUS FAMILIARES, EXPULSÃO, ETC.
- **BAIXA (INTERNAMENTO, ADMISSÃO, ou HOSPITALIZAÇÃO):** ACEITAÇÃO OFICIAL PELO HOSPITAL (OU U.S.) DE UM DOENTE QUE VAI RECEBER ASSISTÊNCIA MÉDICA OU PARAMÉDICA OCUPANDO UMA CAMA HOSPITALAR.
- **BAIXO PESO À NASCENÇA:** INFERIOR A 2500 GRS (ATÉ INCLUSIVE 2499 GRS)
- **BERÇO DA MATERNIDADE:** É A CAMA DESTINADA A RECÉM-NASCIDO SADIO DE PARTO OCORRIDO NO HOSPITAL.
- **CAMA HOSPITALAR:** É O "LUGAR" PREPARADO E DESTINADO À ACOMODAÇÃO DE DOENTES NUMA U.S. ONDE RECEBEM CUIDADOS A TEMPO INTEIRO.

PORTANTO, É AQUELA QUE SE ENCONTRA NUMA ENFERMARIA (OU NAS ÁREAS DAS U.S. ONDE SÃO PRESTADOS CUIDADOS MÉDICOS CONTÍNUOS A DOENTES INTERNOS) E QUE PODE SER UTILIZADA A QUALQUER ALTURA PARA BAIXAR DOENTES.

PODE SER SIMPLES COMO UMA "TARIMBA" MAS NÃO PODE SER A ARMAZENADA E SEM COLCHÃO.

NOTA: NÃO DEVEM SER CONSIDERADA CAMAS HOSPITALARES E, PORTANTO, NÃO COMPUTADOS NA LOTAÇÃO OU CAPACIDADE NORMAL DA U.S.:

- (A) CAMAS DESTINADAS A ACOMPANHANTES;
- (B) CAMAS TRANSITORIAMENTE UTILIZADAS NOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO;
- (C) CAMAS UTILIZADAS PARA REPOUSO E/OU OBSERVAÇÃO NA UNIDADE DE URGÊNCIA;
- (D) CAMAS DE PRÉ-PARTO, RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA OU PÓS-ANESTÉSICA E DA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO, DESDE QUE TENHAM CAMAS DE RETAGUARDA NO SECTOR DE ORIGEM;
- (E) BERÇOS DESTINADOS A RECÉM-NASCIDOS SADIOS. O BERÇO DESTINADO A CRIANÇA ADMITIDA PARA TRATAMENTO, INSTALADO EM DEPENDÊNCIA QUE NÃO O BERÇÁRIO, SERÁ CONSIDERADO CAMA PEDIÁTRICA.

- **CAUSA DE MORTE:** É TODA AQUELA DOENÇA, ESTADO MÓRBIDO OU LESÃO/TRAUMATISMO QUE PRODUZIU A MORTE, OU

Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde (SIS)

QUE CONTRIBUÍU PARA ELA, OU AS CIRCUNSTÂNCIAS DE ACIDENTE OU DA VIOLÊNCIA QUE PRODUZIU ESSAS LESÕES MORTAIS.

- **CAUSA BÁSICA DE MORTE:** É (A) A DOENÇA OU LESÃO/TRAUMATISMO QUE INICIOU A CADEIA DE ACONTECIMENTOS PATOLÓGICOS QUE CONDUZIRAM DIRECTAMENTE À MORTE, OU (B) AS CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA QUE PRODUZIU A LESÃO FATAL.
- **CONSULTA MÉDICA:** É ENTREVISTA DO MÉDICO COM O DOENTE PARA FINS DE EXAME, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. POR OUTRAS PALAVRAS: É A ATENÇÃO MÉDICA DISPENSADA A UM DOENTE NUM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SEM UTILIZAÇÃO DE CAMAS HOSPITALARES, PARA FINS DE EXAME, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.
- **CONSULTA(S) SEGUINTE(S):** É(SÃO) A(S) QUE SE SUCEDEM À PRIMEIRA CONSULTA.
- **CONSULTA POR-PARTO:** É A CONSULTA DA PUÉRPERA PARA CONTROLAR SE ESTÁ OU NÃO DE BOA SAÚDE E SE PODE AMAMENTAR CONVENIENTEMENTE.
- **DIAGNÓSTICO DE ALTA:** DIAGNÓSTICO FINAL ESTABELECIDO AO TERMINAR A PERMANÊNCIA DO DOENTE OU DEPOIS. (O DIAGNOSTICO À ENTRADA É PROVISÓRIO).
- **DIAS/CAMA (OU N.º DE DIAS/CAMAS DISPONÍVEIS):**
É o n.º de camas vezes o n.º de dias que estiveram disponíveis para baixar doentes (i. é.: o n.º de dias em que a enfermaria esteve a funcionar).
- **DOENTE AMBULATÓRIO:** DOENTE CUJA VISITA A UMA INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA SANITÁRIA SE LIMITA APENAS A UMAS HORAS E QUE NÃO PERMANECE DURANTE A NOITE.
- **DOENTE HOSPITALIZADO (INTERNADO):**
UM DOENTE QUE OCUPA UMA CAMA NUMA INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA SANITÁRIA A FIM DE RECEBER TRATAMENTO MÉDICO OU PARAMÉDICO (I.E.: UM DOENTE INTERNADO).
- **GRÁVIDAS EVACUADAS:** SÃO AQUELAS EM QUE O TRABALHADOR DECIDIU MANDAR À U.S. MAIS QUALIFICADA MAIS PRÓXIMA APÓS TER DETECTADO UMA COMPLICAÇÃO OU UM PERIGO, QUER SEJA AO LONGO DA GRAVIDEZ COMO DURANTE OU APÓS O TRABALHO DE PARTO.
- **GRÁVIDAS REMETIDAS A NÍVEL SUPERIOR:**
SÃO AQUELAS NAS QUAIS FOI DETECTADO ALTO RISCO OBSTÉTRICO (*; **; ***) NA FICHA PRÉ-NATAL.
- **HABITANTES:** TODAS AS PESSOAS EXISTENTES NAS A.C., BAIROS, LOCALIDADES, ETC., NUMA DETERMINADA ALTURA, INCLUINDO AS PESSOAS QUE ESTÃO TEMPORARIAMENTE AUSENTES (OU FORA DO LUGAR DE RESIDÊNCIA) POR RAZÕES DE SERVIÇO, DOENÇA, VIAGEM, ETC.
- **INCIDÊNCIA:** NÚMERO DE CASOS NOVOS QUE VÃO APARECENDO NUMA COMUNIDADE, DURANTE UM CERTO INTERVALO DE TEMPO, DANDO UMA IDEIA DINÂMICA DO DESENVOLVIMENTO DO FENÓMENO.
- **ÍNDICE:** RELAÇÃO ENTRE DOIS FENÓMENOS. EM SENTIDO MAIS RESTRITO, ÍNDICE É O QUOCIENTE ENTRE O NÚMERO DE VEZES QUE UM FENÓMENO OCORREU E O NÚMERO DE VEZES QUE OUTRO FENÓMENO OCORREU.
- **INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO:** LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO FEITO POR MEIO DE UMA COLHEITA DE DADOS, QUASE SEMPRE POR AMOSTRAGEM, E QUE FORNECE DADOS SOBRE A PREVALÊNCIA DE CASOS CLÍNICOS OU PORTADORES, NUMA DETERMINADA COMUNIDADE.

Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde (SIS)

- **INTERNAMENTO DE DOENTE:** É A ADMISSÃO DE UM DOENTE PARA OCUPAR UMA CAMA HOSPITALAR. OU SEJA, A ACEITAÇÃO OFICIAL PELA U.S. DE UM DOENTE QUE VAI RECEBER ASSISTÊNCIA MÉDICA OU PARAMÉDICA OCUPANDO UMA CAMA HOSPITALAR.
- **MANUAL:** É UMA COLEÇÃO SISTEMATIZADA DE INSTRUMENTOS NORMATIVOS E DE ACTOS DE INTERESSE DE CONSULTA DE SECTORES OU DE OCUPANTES DE CARGOS E FUNÇÕES, PODENDO SER MAIS OU MENOS DETALHADOS DE ACORDO COM O FIM A QUE SE DESTINA.
- **MORBILIDADE:** TODO O DESVIO SUBJECTIVO OU OBJECTIVO DE UM ESTADO DE BEM-ESTAR FISIOLÓGICO DETERMINADO POR UMA DOENÇA, UM TRAUMATISMO OU DEFICIÊNCIA.
- **NADO VIVO (ou NASCIMENTO VIVO):**

É O PRODUTO DA CONCEPÇÃO COMPLETAMENTE EXPULSO OU EXTRAÍDO DO CORPO DA MÃE, INDEPENDENTEMENTE DA DURAÇÃO DA GRAVIDEZ, QUE DEPOIS DA SEPARAÇÃO RESPIRE OU DÊ QUALQUER OUTRO SINAL DE VIDA, TAL COMO BATIMENTOS DO CORAÇÃO, PULSAÇÃO DO CORDÃO UMBILICAL OU CONTRACÇÃO VOLUNTÁRIA E EFECTIVA DUM MÚSCULO, ESTANDO OU NÃO CORTADO O CORDÃO UMBILICAL E ESTANDO OU NÃO DESPRENDIDA A PLACENTA.
- **NID:** NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE QUE CONTÉM DADOS/INFORMAÇÃO REQUERIDA PARA A IDENTIFICAÇÃO INEQUÍVOCA DE UM DOENTE.
- **NOTIFICAÇÃO DE UMA DOENÇA:**
- **ÓBITO (ou MORTE) HOSPITALAR:** É O(A) OCORRIDO(A) EM QUALQUER DOENTE INTERNADO.
- **ÓBITO (ou MORTE) MATERNO(A):**

É A MORTE DE UMA MULHER OCORRIDO(A) DURANTE A GESTAÇÃO OU DENTRO DE UM PERÍODO DE 42 DIAS APÓS O TÉRMINO DA GESTAÇÃO (INDEPENDENTEMENTE DE DURAÇÃO OU DA LOCALIZAÇÃO DA GRAVIDEZ) EM CONSEQUÊNCIA DE QUALQUER CAUSA RELACIONADA OU AGRAVADA PELA GESTAÇÃO, DO PARTO OU DO PUERPÉRIO (PORÉM NÃO DEVIDA A CAUSAS ACIDENTAIS OU INCIDENTAIS)³.
- **ÓBITO FETAL OU MORTE FETAL:**


É A MORTE DE UM PRODUTO DA CONCEPÇÃO OCORRIDA ANTES DE SER EXTRAÍDO OU EXPULSO DO CORPO MATERNO, INDEPENDENTEMENTE DO TEMPO DE DURAÇÃO DA GRAVIDEZ, E QUANDO, DEPOIS DA SEPARAÇÃO, O FETO NÃO RESPIRAR OU NÃO APRESENTAR NENHUM OUTRO SINAL DE VIDA, COMO PALPITAÇÕES DO CORAÇÃO, PULSAÇÕES DO CORDÃO UMBILICAL OU MOVIMENTOS EFECTIVOS DOS MÚSCULOS DE CONTRACÇÃO VOLUNTÁRIA. (ABRANGE ABORTO E NADO-MORTO)
- **ÓBITO NEO-NATAL:** É ÓBITO DE CRIANÇA RECÉM-NASCIDA, OU SEJA, O QUE OCORRE ATÉ OS PRIMEIROS 28 DIAS, A CONTAR DA DATA DE NASCIMENTO⁴.
- **ÓBITO INFANTIL:** É O ÓBITO DA CRIANÇA DE MAIS DE 28 DIAS E MENOS DE 1 ANO DE IDADE.
- **PARTO:** É QUALQUER TERMINAÇÃO DA GRAVIDEZ DEPOIS DE 28 SEMANAS DE GESTAÇÃO. CORRESPONDE A CERCA DE 1.000 GRS DE PESO OU 35 CM DE COMPRIMENTO DO FETO.

³ A mortalidade materna pode ser dividida em dois grupos:

- (a) Mortes obstétricas directas: resultantes de complicações obstétricas na gravidez, no parto ou puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorrecto ou devida a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas;
- (b) Mortes obstétricas indirectas: as resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolvem durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas directas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

⁴ AS mortes neonatais (mortes de crianças nascidas vidas ocorridas durante os primeiros 28 dias de vida) podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces, ocorridas durante os sete primeiros dias de vida e em mortes neonatais tardias, ocorridas depois do sétimo dia, mas antes de 28 dias completos.

Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde (SIS)

- **PARTOS ASSISTIDOS:** SÃO AQUELES NOS QUAIS ESTÁ PRESENTE UM TÉCNICO DE SAÚDE PARA DETECTAR EVENTUAIS COMPLICAÇÕES E PARA APLICAR AS NORMAS DE HIGIENE PARA A MÃE E O RECÉM-NASCIDO.
- **PERÍODO PERINATAL:** É O PERÍODO QUE COMEÇA 22 SEMANAS (154 DIAS OU MAIS) DEPOIS DO INÍCIO DA GESTAÇÃO (I.E. NO MOMENTO EM QUE O PESO DA NASCENÇA É NORMALMENTE DE 500 GRS) E TERMINA 7 DIAS APÓS O NASCIMENTO.
- **PERÍODO NEONATAL:** É O PERÍODO QUE COMEÇA NO NASCIMENTO E TERMINA VOLVIDOS DIAS DE VIDA.
- **PESO AO NASCER:** É A PRIMEIRA MEDIDA DE PESO DO FETO OU RECÉM-NASCIDO OBTIDA APÓS O NASCIMENTO. (ESTA PESAGEM DEVE SER FEITA DE PREFERÊNCIA À PRIMEIRA HORA DE VIDA, ANTES QUE OCORRA UMA SIGNIFICATIVA PERDA DE PESO PÓS-NATAL).
- **PRÉ-TERMO:** MENOS DE 37 SEMANAS COMPLETAS (MENOS DE 259 DIAS) DE GESTAÇÃO.
- **PREVALÊNCIA:** CASOS EXISTENTES (DE UMA DETERMINADA DOENÇA NUMA DETERMINADA COMUNIDADE NUM DETERMINADO MOMENTO). QUANDO SE ESPECIFICA UM PERÍODO DE TEMPO, A MEDIDA RESULTANTE É A PREVALÊNCIA DURANTE UM PERÍODO).
- **PRIMEIRA CONSULTA:** É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO DE UM DOENTE.
- **PROCESSO CLÍNICO:** É A NARRAÇÃO ACUMULATIVA DA HISTÓRIA DE UM DOENTE, O TRATAMENTO ADMINISTRADO, O DIAGNÓSTICO FINAL E A ASSISTÊNCIA DEPOIS DA ALTA.
- **PÓS-TERMO:** 42 SEMANAS COMPLETAS OU MAIS (294 DIAS OU MAIS) DE GESTAÇÃO.
- **QUARTO HOSPITALAR:** É COMPARTIMENTO DA UNIDADE DE INTERNAMENTO DESTINADO A ACOMODAR UM OU DOIS DOENTES.
- **REDE DE SAÚDE:** É UM SISTEMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRADA DE SAÚDE, PLANIFICADA DENTRO DE UMA GRADUAÇÃO HIERÁRQUICA, OBEDECENDO A UM CRITÉRIO PROGRESSIVO E DE ZONEAMENTO, VISANDO DAR COBERTURA DE SAÚDE À POPULAÇÃO, EM COORDENAÇÃO COM AS NECESSIDADES E DISPONIBILIDADES SÓCIO-ECONÓMICAS E CULTURAIS.
- **REGISTAR O DOENTE:** É FAZER A INSCRIÇÃO DE UM DOENTE PARA CONSULTA OU INTERNAMENTO.
- **SERVIÇO DE URGÊNCIA:** É O QUE SE DESTINA AO ATENDIMENTO IMEDIATO DO DOENTE EXTERNO QUE ESTEJA EM GRAVE SOFRIMENTO, RISCO OU PERDA DE FUNÇÃO OU DE VIDA.
- **SUSPEITO:** PESSOA CUJA HISTÓRIA CLÍNICA E SINTOMATOLOGIA INDIQUE ESTAR ACOMETIDA DE ALGUMA DOENÇA TRANSMISSÍVEL TÊ-LA EM INCUBAÇÃO.
- **TERMO:** DE 37 SEMANAS E 6 DIAS (259 A 293 DIAS) DE GESTAÇÃO.
- **URGÊNCIAS:** SÃO TODAS AQUELAS ACTIVIDADES MÉDICAS OU CIRÚRGICAS QUE SÃO REALIZADAS NO BANCO DE SOCORROS DOS HOSPITAIS.
NOTA: NÃO DEVEM SER CONFUNDIDAS COM AS ACTIVIDADES DE TRIAGEM FEITAS DURANTE A NOITE OU NOS DIAS FERIADO, POR FALTA DE REDE SANITÁRIA EXTERNA.
- **VIGILÂNCIA DE UMA DOENÇA:**
DISTINTA DA VIGILÂNCIA DE PESSOAS CONSISTE NO ESTUDO CUIDADOSO E ATURADO DE TODOS OS ASPECTOS DA OCORRÊNCIA E DA PROPAGAÇÃO DE UMA DOENÇA E INTERESSE PARA O SEU CONTROLO EFECTIVO. 

ANEXO 1

1. **ACTA:** É UM DOCUMENTO CONSTITUÍDO PELO REGISTO, DE MODO RESUMIDO, DO QUE SE PASSOU E DECIDIU NUMA REUNIÃO.
2. **ACTIVIDADE:** UMA ACTIVIDADE É UM GRUPO DE TAREFAS COM UM PROPÓSITO COMUM.
3. **ACTIVIDADES DO SIS:** AS ACTIVIDADES DO SIS COMPREENDEM (I) O REGISTO, (II) A RECOLHA, (III) O CONTROLE DE QUALIDADE, (IV) A ELABORAÇÃO DOS DADOS, (V) A APRESENTAÇÃO, (VI) A INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES, (VII) O ENVIO, (VIII) A RECEPÇÃO E (IX) A RETROINFORMAÇÃO.
4. **ALTA** UMA ALTA É O FIM DA OCUPAÇÃO DE UMA CAMA DO HOSPITAL POR UM DOENTE POR CURA, TRANSFERÊNCIA PARA OUTRA U.S., MORTE, PEDIDO DO DOENTE OU DE SEUS FAMILIARES, EXPULSÃO, ETC.
5. **AGENTE POLIVALENTE ELEMENTAR (APE)**
6. É UM INDIVÍDUO - NA MAIORIA DOS CASOS UM CAMPONÊS - QUE A COMUNIDADE INDICA PARA UM TREINO EM CSP, PRESTADO NUM CENTRO DE FORMAÇÃO, SOB A RESPONSABILIDADE DE PESSOAL SANITÁRIO DA PROVÍNCIA. DEPOIS DUM CURSO DE 6 MESES, O APE É "DEVOLVIDO" À COMUNIDADE, CAPACITADO EM DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PATOLOGIAS SIMPLES E MUNIDO DUM KIT DE PENSO E PRIMEIROS SOCORROS.

NA MAIORIA DOS CASOS ELE EXERCE AS SUAS ACTIVIDADES CURATIVAS NUM PEQUENO PS NA ALDEIA, FEITO DE MATERIAL LOCAL. AO LONGO DA SUA ACTIVIDADE O APE RECEBE UM ABASTECIMENTO EM MEDICAMENTOS E MATERIAL DE PENSO CORRESPONDENTE AO KIT C DO PME, COM QUANTIDADES QUE DEPENDEM DO MOVIMENTO DE CONSULTAS DECLARADO. SÃO TAREFAS DO APE:

- ATENDER OS CASOS QUE APARECEM COM SINTOMAS E SINAIS DE DOENÇAS COMUNS, PARA AS QUAIS ELE FOI TREINADO (MALÁRIA, DIARREIA, SARNA, ETC.);
- TRATAR OS CASOS PARA OS QUAIS FOI TREINADO E COMPATÍVEIS COM O ÂMBITO DE PRESCRIÇÃO DO KIT C;
- REFERIR À US MAIS PRÓXIMA OS CASOS FORA DO SEU ÂMBITO DE COMPETÊNCIA;
- DAR EDUCAÇÃO SANITÁRIA INDIVIDUAL E COLECTIVA À POPULAÇÃO COM REFERÊNCIA ESPECIAL AO SANEAMENTO DO MEIO, À NUTRIÇÃO, AO ABASTECIMENTO DE ÁGUA E CUIDADOS DE SMI;
- COMUNICAR À AUTORIDADE SANITÁRIA CASOS DE EPIDEMIA E - DUMA FORMA GERAL - REPORTAR OS RISCOS DE DOENÇA PARA A COMUNIDADE;
- MANTER UM REGISTO DAS SUAS ACTIVIDADES E RELATÁ-LAS PERIODICAMENTE AO DISTRITO.

O APE NÃO É UM FUNCIONÁRIO DA SAÚDE E NÃO DEPENDE DA DDS, SE BEM QUE ESTÁ SOB A SUPERVISÃO TÉCNICA DA MESMA

ELE É UM ELEMENTO DA COMUNIDADE QUE - NUMA BASE VOLUNTÁRIA E À MARGEM DA SUA ACTIVIDADE DE SUBSISTÊNCIA - PROPORCIONA CUIDADOS DE SAÚDE. QUANDO A COMUNIDADE DESIGNA UM ELEMENTO PARA FORMAÇÃO EM SAÚDE, COMPROMETE-SE, EM PRINCÍPIO, A APOIÁ-LO COM DINHEIRO, GÉNEROS, OU DE OUTRA FORMA, PELAS ACTIVIDADES DE PRESTADAS POR ELE.

7. **ARQUIVO:** Um ARQUIVO (*ESTANTES COM PASTAS*) É UM MEIO CRIADO PARA RECEBER ORDENADAMENTE TODOS OS DOCUMENTOS DE INTERESSE ADMINISTRATIVO, A FIM DE GARANTIR A SUA CONSERVAÇÃO.
8. **ARQUIVO DO SIS:** O ARQUIVO DO SIS REFERE-SE ÀS PASTAS ONDE FICAM OS RESUMOS DO SIS, ORDENADOS COM CUIDADO E DE FORMA ORGANIZADA, SEGUNDO AS US's, SEGUNDO O PROGRAMA (SMI, PAV, PME) E/OU O SERVIÇO (CONSULTA EXTERNA, LABORATÓRIO, ETC.) E SEGUNDO A SEQUÊNCIA TEMPORAL. NUMA DIRECÇÃO DISTRITAL OS RESUMOS RECEBIDOS DO NÍVEL INFERIOR DEVEM SER SEPARADOS DAS CÓPIAS DOS RESUMOS ENVIADOS A DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE. O ARQUIVO DO SIS DEVE ESTAR PERMANENTEMENTE ACTUALIZADO.
9. **APRESENTAÇÃO DA INFORMAÇÃO:** A APRESENTAÇÃO CONSISTE NA ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES EM TABELAS E GRÁFICOS. ESTES MEIOS FACILITAM A INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES, EM PARTICULAR OS GRÁFICOS QUE EVIDENCIAM VISIVELMENTE UMA SITUAÇÃO.
10. **AValiação:** AVALIAR SIGNIFICA MEDIR O GRAU DE ATINGIMENTO DOS OBJECTIVOS DUM PROGRAMA DETERMINADO COMPARANDO-OS COM OS RESULTADOS DE FACTO OBTIDOS. É UM JULGAMENTO DE VALOR, BASEADO NA OBSERVAÇÃO OU MEDIÇÃO OU EXAME - POR EX. EM QUE MEDIDA UM DETERMINADO PROGRAMA FOI EFECTIVO E EFICIENTE. A AVALIAÇÃO É UMA ACTIVIDADE PERIÓDICA, ISTO É NÃO CONTINUATIVA. FREQUENTEMENTE ANTES DE INICIAR A FASE DE IMPLEMENTAÇÃO DUM PROJECTO SÃO DEFINIDOS "ÍNDICES DE AVALIAÇÃO", QUE AJUDAM-NOS A AVALIAR O PROGRESSO DO TRABALHO DURANTE E DEPOIS DA IMPLEMENTAÇÃO.

ALGUNS DOS ASPECTOS QUE SÃO AVALIADOS NUM PROGRAMA SÃO A "PERTINÊNCIA" A "ADEQUABILIDADE", OS "PROGRESSOS REALIZADOS", A "EFICIÊNCIA", A "EFICÁCIA" E O "IMPACTO".

DIZ-SE QUE UM PROGRAMA É **PERTINENTE** QUANDO SATISFAZ AS NECESSIDADES E CORRESPONDE À POLÍTICA E ÀS PRIORIDADES SOCIAIS E SANITÁRIAS PARA AS QUAIS FOI ELABORADO;

DIZ-SE QUE UM PROGRAMA É **ADEQUADO** QUANDO CORRESPONDE AOS REQUISITOS;

DIZ-SE QUE UM PROGRAMA ESTÁ FAZENDO **PROGRESSOS** QUANDO AS ACTIVIDADES QUE O COMPÕEM ESTÃO A SER LEVADAS A CABO, DE ACORDO COM O CALENDÁRIO PREVISTO;

DIZ-SE QUE UM PROGRAMA É **EFICIENTE** QUANDO OS ESFORÇOS ENVIDADOS PARA O EXECUTAR OBTÊM O MELHOR APROVEITAMENTO POSSÍVEL DOS RECURSOS QUE LHE FORAM CONSAGRADOS;

DIZ-SE QUE UM PROGRAMA É **EFICAZ** QUANDO OS RESULTADOS OBTIDOS SE AJUSTAM AOS OBJECTIVOS E ÀS METAS DESTINADOS A REDUZIR AS DIMENSÕES DE UM PROBLEMA OU A MELHORAR UMA SITUAÇÃO POUCO SATISFATÓRIA.

DIZ-SE QUE UM PROGRAMA TEM **IMPACTO** SE TEM EFEITO GLOBAL NO ESTADO DE SAÚDE E NO DESENVOLVIMENTO SÓCIO-ECONÓMICO.

11. **BAIXA (INTERNAMENTO, ADMISSÃO, HOSPITALIZAÇÃO)**

ACEITAÇÃO OFICIAL PELO HOSPITAL (OU U.S.) DE UM DOENTE QUE VAI RECEBER ASSISTÊNCIA MÉDICA OU PARAMÉDICA OCUPANDO UMA CAMA HOSPITALAR.

12. **BASE DE DADOS:** DE UM MODO GERAL, CHAMA-SE BASE DE DADOS AO CONJUNTO DE INFORMAÇÕES DIRECTAMENTE EXPLORÁVEIS, GERALMENTE ESTRUTURADAS, COBRINDO UM DOMÍNIO PARTICULAR DO CONHECIMENTO. NO ÂMBITO DO SIS, A BASE DOS DADOS É O CONJUNTO DAS INFORMAÇÕES RECOLHIDAS E ELABORADAS DURANTE OS ANOS ANTERIORES ATRAVÉS DO SIS, DE OUTROS SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ROTINA E TAMBÉM ATRAVÉS DE INQUÉRITOS.

A BASE DOS DADOS INCLUI INFORMAÇÕES RELATIVAS AO ESTADO DE SAÚDE E AOS SERVIÇOS DE SAÚDE. A BASE DOS DADOS FORNECE TAMBÉM INFORMAÇÕES CHAVES SOBRE AS CARACTERÍSTICAS GERAIS DO DISTRITO OU DA ÁREA DE SAÚDE DUMA UNIDADE SANITÁRIA, ISTO É A POPULAÇÃO, O NÚMERO E A LOCALIZAÇÃO DOS POSTOS ADMINISTRATIVOS E DAS ALDEIAS, DAS INFRA-ESTRUTURAS MAIS IMPORTANTES, AS VIAS DE COMUNICAÇÃO E AS DISTÂNCIAS ENTRE DIFERENTES LUGARES.

13. **CARTOGRAMA** UM CARTOGRAMA É UMA CARTA OU UM MAPA GEOGRÁFICO, NO QUAL A INTENSIDADE DE UM FENÓMENO QUANTITATIVO DETERMINADO NAS DIVERSAS ÁREAS, REGIÕES OU PROVÍNCIAS (GEOGRÁFICAS, POLÍTICAS E ADMINISTRATIVAS) É APRESENTADA MEDIANTE A INTENSIDADE (OU QUALIDADE) DE COLORAÇÃO.

POR EXEMPLO A DENSIDADE DEMOGRÁFICA DAS VÁRIAS PROVÍNCIAS MOÇAMBICANAS, OU AS VARIAÇÕES DOS ÍNDICES MÉDIOS DE NATALIDADE NAS REGIÕES NORTE, CENTRO E SUL.

14. **CENTRO DE SAÚDE:** CENTRO DE SAÚDE É A UNIDADE SANITÁRIA A PARTIR DA QUAL SE PRESTAM SERVIÇOS DE SAÚDE A UMA DETERMINADA COMUNIDADE OU ZONA.

SEGUNDO A DEFINIÇÃO DA OMS, UM CENTRO DE SAÚDE LEVA A CABO ACTIVIDADES DE PROMOÇÃO, PROTECÇÃO PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO, NO ÂMBITO DE CONSULTAS EXTERNAS, E, PARA O CASO DE MOÇAMBIQUE, POSSUI CAMAS PARA INTERNAMENTO E PARTOS, PARA ALÉM DE UM LABORATÓRIO PARA ANÁLISES CLÍNICAS.

15. **COMUNICAÇÃO:** A COMUNICAÇÃO CONSISTE NA TRANSMISSÃO OU TROCA DE INFORMAÇÃO ENTRE INDIVÍDUOS, GRUPO OU INSTITUIÇÕES.

POR OURAS PALAVRAS: É A FORMA BÁSICA DE INTERACÇÃO QUE CONSTITUI UM PRÉ-REQUISITO FUNCIONAL DA SOCIEDADE, ALÉM DE SER UM FACTOR E TAMBÉM UM PRODUTO DA VIDA COLECTIVA. CONSISTE EM TRANSMITIR A OUTROS SERES SOCIAIS, EM FORMA SIMBÓLICA (LINGUAGEM) OU NÃO-SIMBÓLICA (REACÇÕES PSICOLÓGICAS, INVOLUNTÁRIAS COMO O RISO, O ENRUBESCIMENTO OU O TREMOR), IDEIAS, VALORES, SENTIMENTOS OU EMOÇÕES, ENFIM, QUALQUER CONTEÚDO SIGNIFICATIVO.

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO É UM DOS INSTRUMENTOS DE COMUNICAÇÃO ENTRE DIFERENTES NÍVEIS E ENTRE DIFERENTES SECTORES DENTRO DO MESMO NÍVEL DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.

16. **COMUNIDADE:** UMA COMUNIDADE É UM GRUPO DE INDIVÍDUOS OU GRUPOS QUE VIVE E INTERAGE NUM DETERMINADO CONTEXTO (EX. . FÍSICO, CULTURAL).

17. **CONTROLO:** O CONTROLO É O PROCESSO DE VERIFICAR A IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS E DE CORRECÇÃO DE FACTORES QUE POSSAM IMPEDIR QUE O PROGRAMA ATINJA OS OBJECTIVOS DEFINIDOS.

18. **CONTROLO DE CHEGADA DOS DADOS:**

O CONTROLO DE CHEGADA CONSISTE NO REGISTO SISTEMÁTICO DA RECEPÇÃO DOS IMPRESSOS DO NÍVEL INFERIOR. O CONTROLO PERMANENTE DOS IMPRESSOS QUE JÁ CHEGARAM E QUAIS OS QUE ESTÃO EM FALTA, SEGUNDO A UNIDADE SANITÁRIA, O TIPO DE IMPRESSO E O PERÍODO PERMITE SOLICITAR A INFORMAÇÃO ÀS US QUE AINDA NÃO A ENVIARAM.

19. **CONTROLO DE QUALIDADE:** O CONTROLO DE QUALIDADE CONSISTE EM VERIFICAR QUANTO OS DADOS DOS REGISTOS E DOS RESUMOS SÃO COMPLETOS E CORRECTOS E SE OS RESUMOS CHEGAM AO NÍVEL SUPERIOR DENTRO DOS PRAZOS PREVISTOS.

20. **COORDENAÇÃO:** A COORDENAÇÃO É O PROCESSO OU CONJUNTO DE ACÇÕES QUE PERMITEM JUNTAR E SINCRONIZAR INDIVÍDUOS E SECTORES QUE REALIZAM TAREFAS DIFERENTES DE FORMA TAL QUE FUNCIONEM HARMONIOSAMENTE PARA O MESMO FIM.

21. **CRITÉRIO:** UM CRITÉRIO É UMA CRAVEIRA PELA QUAL SE JULGA UMA COISA, PODENDO TRATAR-SE DE UM CRITÉRIO TÉCNICO OU SOCIAL.

POR EXEMPLO: UM CRITÉRIO TÉCNICO PARA ASSEGURAR A INOCUIDADE DA ÁGUA POTÁVEL PODE SER UMA DETERMINADA NORMA TÉCNICA RELATIVA À PUREZA DA ÁGUA. UM CRITÉRIO SOCIAL DA SUA ADEQUABILIDADE PODE SER A ACEITAÇÃO DO SEU SABOR PELAS PESSOAS A QUEM SE DESTINA.

22. **DADO:** UM DADO É UM FACTO OU UM ACONTECIMENTO REGISTADO QUE, POR SI, NÃO É POSSÍVEL INTERPRETAR E PORTANTO NÃO É ÚTIL PARA APOIAR A TOMADA DE DECISÃO.

EXEMPLOS DE DADOS SÃO OS SEGUINTE: O ANO DE 1994 (*DADO TEMPORAL*), O DISTRITO DE CAIA (*DADO GEOGRÁFICO*), 1.300 PARTOS REALIZADOS (*DADO DE ACTIVIDADE*). SÓ QUANDO OS DADOS SÃO RELACIONADOS UNS COM OUTROS DUMA FORMA LÓGICA E ÚTIL, PRODUZEM UMA INFORMAÇÃO.

23. **DECISÃO:** UMA DECISÃO É UMA ESCOLHA ENTRE DUAS DIFERENTES ALTERNATIVAS. CADA DECISÃO É UM PROCESSO QUE ENVOLVE QUATRO FASES, ISTO É:

- ✓ A ANÁLISE DA SITUAÇÃO EM QUE A NECESSIDADE DE TOMAR UMA DECISÃO É RECONHECIDA,
- ✓ A IDENTIFICAÇÃO DE DIFERENTES ALTERNATIVAS PARA RESOLVER OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS,
- ✓ A ESCOLHA DA MELHOR ALTERNATIVA,
- ✓ A IMPLEMENTAÇÃO DESTA ALTERNATIVA BEM COMO O CONTROLE DA SUA EXECUÇÃO.

NA PRÁTICA, É DIFÍCIL DISTINGUIR AS QUATRO FASES PORQUE MUITAS DECISÕES SÃO AUTOMÁTICAS, NÃO CONSCIENTES E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS SÃO IMEDIATAS. SÓ NAS DECISÕES MAIS IMPORTANTES E A LONGO PRAZO PODEMOS DISTINGUIR ESTES PASSOS, POR EXEMPLO NUM PLANO DE ACÇÃO DISTRITAL.

AS DECISÕES DEVEM SER PRECEDIDAS PELA ANÁLISE DA SITUAÇÃO E SEGUIDAS PELA COMUNICAÇÃO.

24. **DIAGRAMA** DIAGRAMA É UM TIPO DE GRÁFICOS MAIS UTILIZADOS NA REPRESENTAÇÃO DE INFORMAÇÃO. PODE SER DEFINIDO COMO SENDO UMA FIGURA QUE SERVE PARA REPRESENTAR, ATRAVÉS DA MAGNITUDE DE ENTES GEOMÉTRICAS, AS VARIAÇÕES QUANTITATIVAS DE CERTOS FENÓMENOS EM FUNÇÃO DE MODALIDADES QUANTITATIVAS OU QUALITATIVAS DE OUTROS FENÓMENOS.

HÁ UMA VARIEDADE MUITO GRANDE DE DIAGRAMAS, MAS EM RELAÇÃO AOS FENÓMENOS QUALITATIVOS, HÁ SEMPRE UM PRINCÍPIO FUNDAMENTAL QUE REGE A SUA CONSTRUÇÃO, E QUE CONSISTE EM ESTABELECEER, SEGUNDO A TEORIA DA MEDIÇÃO, UMA RELAÇÃO ENTRE ENTES GEOMÉTRICOS ELEMENTARES E VALORES NUMÉRICOS (MEDIDAS OU FREQUÊNCIA DOS FENÓMENOS QUANTITATIVOS).

25. **DIRECÇÃO:** A DIRECÇÃO É UMA DAS QUATRO FUNÇÕES DA GESTÃO. A DIRECÇÃO INCLUI ATRIBUIR EXACTAMENTE AS RESPONSABILIDADES, PEDIR CONTAS PARA OS RESULTADOS ALCANÇADOS, MOTIVAR O PESSOAL PARA TRABALHAR MELHOR, SOLUCIONAR OS CONFLITOS ENTRE TRABALHADORES E ESTIMULAR A SUA INICIATIVA.

26. **EFICIÊNCIA:** A EFICIÊNCIA É A RELAÇÃO ENTRE OS RECURSOS DISPONÍVEIS E O VOLUME DE ACTIVIDADES REALIZADAS ATRAVÉS DAQUELES RECURSOS.

POR EXEMPLO: UM CENTRO DE SAÚDE COM UM AGENTE DE MEDICINA E UMA PARTEIRA ELEMENTAR QUE REALIZA 100 PARTOS E 500 CONSULTAS EXTERNAS POR MÊS, É MAIS EFICIENTE DE UM OUTRO CENTRO COM O MESMO PESSOAL QUE REALIZA SOMENTE 25 PARTOS E 100 CONSULTAS EXTERNAS MENSALMENTE (INDEPENDENTES DE SE PRODUIZIR OU NÃO BONS RESULTADOS).

27. **EFICÁCIA:** A EFICÁCIA REFERE-SE AO GRAU DE ATINGIMENTO DE RESULTADOS ESPERADOS ATRAVÉS DUMA INTERVENÇÃO. OS RESULTADOS ESPERADOS SÃO NORMALMENTE EXPRESSOS EM TERMOS DE REDUÇÃO DUM PROBLEMA DE SAÚDE.

POR EXEMPLO, A FORMAÇÃO EM TRABALHO DO PESSOAL DUMA MATERNIDADE, JUNTO AO FORNECIMENTO DE UMA VENTOSA E AO ABASTECIMENTO REGULAR DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS REDUZIU A MORTALIDADE MATERNA DAQUELA UNIDADE SANITÁRIA DE 1,2 ÓBITOS MATERNOS POR 1.000 NADOS VIVOS PARA 0,7 ÓBITOS MATERNOS POR 1.000 NADOS VIVOS DURANTE UM ANO. O OBJECTIVO FIXADO ERA DE REDUZIR A TAXA DE MORTALIDADE MATERNA ATÉ 0,6 ÓBITOS MATERNOS POR 1.000 NADOS VIVOS DURANTE O MESMO PERÍODO, PORTANTO O RESULTADO ESPERADO FOI QUASE ATINGIDO.

28. **ELABORAÇÃO DOS DADOS:** A ELABORAÇÃO DOS DADOS CONSISTE NA SUA AGREGAÇÃO LÓGICA, DE FORMA A OBTER INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NA INTERPRETAÇÃO DUMA SITUAÇÃO.

29. **ENVIO DA INFORMAÇÃO:**

O ENVIO DA INFORMAÇÃO CONSISTE NOS SEGUINTE PASSOS: A) INCLUSÃO DOS RESUMOS NUM ENVELOPE, B) PREENCHIMENTO CORRECTO DO ENDEREÇO DO DESTINATÁRIO, C) ENTREGA AO MEIO DE TRANSPORTE ESCOLHIDO (NO CASO EM QUE ESTE MEIO FOR UMA PESSOA QUE NÃO É TRABALHADOR DA SAÚDE OU DOS CORREIOS, É NECESSÁRIO EXPLICAR A IMPORTÂNCIA DO CONTEÚDO E DUMA ENTREGA SOLICITA AO DESTINATÁRIO NO NÍVEL SUPERIOR). O ENVIO DEVE SER UMA ACTIVIDADE SISTEMÁTICA E POR ISSO TEM NORMAS

E PRAZOS QUE DEVEM SER RESPEITADOS.

30. **ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA**

NÚMERO DE ANOS QUE SE ESPERA QUE VIVA UM RECÉM-NASCIDO, DADAS AS CONDIÇÕES DE MORTALIDADE REINANTES NA POPULAÇÃO.

31. **ESTADO DE SAÚDE:** ESTADO DE SAÚDE É O TERMO GERAL QUE DEFINE O ESTADO DE SAÚDE DE UM INDIVÍDUO, DE UM GRUPO OU DE UMA POPULAÇÃO, EM COMPARAÇÃO COM UM PADRÃO ESTABELECIDO E ACEITE (DE ACORDO COM CRITÉRIOS E INDICADORES). EXISTE UM TERMO UM POUCO PARECIDO QUE É **NÍVEL DE SAÚDE** HABITUALMENTE CONOTADO COM A QUANTIFICAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE.

32. **ESTRATÉGIA:** É A FIXAÇÃO DE LINHAS GERAIS DA ACÇÃO NECESSÁRIA EM TODOS OS SECTORES IMPLICADOS, PARA PÔR EM PRÁTICA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, E INDICA OS PROBLEMAS E AS MANEIRAS DE OS RESOLVER. A ESTRATÉGIA INCLUI, GERALMENTE, "PROGRAMAS" ESPECÍFICOS QUE DEVERÃO SER EXECUTADOS PELA INFRA-ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE, POR EXEMPLO, UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO SANITÁRIA.

33. **FLUXO DA INFORMAÇÃO:**

O FLUXO DA INFORMAÇÃO DEFINE OS CAMINHOS QUE OS RESUMOS DO SIS DEVEM SEGUIR DE UM NÍVEL PARA O SUPERIOR (POR EXEMPLO DUM CENTRO DE SAÚDE PARA A DIRECÇÃO DISTRITAL) E DENTRO DE CADA NÍVEL (POR EXEMPLO DA RESPONSÁVEL DISTRITAL DE SMI PARA O RESPONSÁVEL DISTRITAL DO NÚCLEO DE ESTATÍSTICA E PLANIFICAÇÃO DISTRITAL). O FLUXO DEFINE TAMBÉM OS SECTORES ONDE E DURANTE QUANTO TEMPO OS IMPRESSOS DO SIS DEVEM SER ARQUIVADOS.

34. **GESTÃO:** A GESTÃO É O PROCESSO ATRAVÉS DO QUAL OS OBJECTIVOS DEFINIDOS SÃO ATINGIDOS COM UMA UTILIZAÇÃO EFICIENTE DOS RECURSOS. (A OMS DEFINE GESTÃO COMO SENDO "A SOMA DAS MEDIDAS TOMADAS PARA PLANEAR, ORGANIZAR, PÔR A FUNCIONAR E AVALIAR TODOS OS NUMEROSOS ELEMENTOS INTER-RELACIONADOS DO SISTEMA" (DE SAÚDE).

A GESTÃO PREVÊ DIFERENTES FUNÇÕES QUE DEVEM SER REALIZADAS EM SEQUÊNCIA, ISTO É PLANIFICAR, ORGANIZAR, DIRIGIR E AVALIAR. CADA UMA DESTAS FUNÇÕES, POR SUA VEZ, INCLUI A ANÁLISE DA SITUAÇÃO, A DECISÃO E A COMUNICAÇÃO. ISTO SIGNIFICA, POR EXEMPLO, QUE PARA PLANIFICAR É NECESSÁRIO EM PRIMEIRO LUGAR ANALIZAR A SITUAÇÃO, PARA DEPOIS DECIDIR OS OBJECTIVOS, AS ESTRATÉGIAS E AS ACTIVIDADES E, FINALMENTE, COMUNICAR O PLANO AS ENTIDADES E AOS INDIVÍDUOS ENVOLVIDOS.

35. **GESTÃO FINANCEIRA:** É O CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS QUE VISAM:

GASTAR OS FUNDOS DENTRO DAS LINHAS ORÇAMENTAIS DEFINIDAS: ESTA COMPONENTE CHAMA-SE "EXECUÇÃO ORÇAMENTAL";

JUSTIFICAR OS GASTOS FEITOS JUNTO DAS ENTIDADES FINANCIADORAS (PRESTAÇÃO DE CONTAS);

ARRECADAR E ENCAMINHAR AS COBRANÇAS PREVISTAS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.

36. **GRÁFICO DE BARRAS:** APRESENTAÇÃO DIAGRAMÁTICA DE DADOS DE FREQUÊNCIA DE CLASSES NOMINAIS ATRAVÉS DE BARRAS, PROPORCIONAIS ÀS FREQUÊNCIAS DE CLASSE.

37. **GRÁFICO CIRCULAR:** SECTORES DE UM CÍRCULO, COM ÁREAS PROPORCIONAIS À FREQUÊNCIA DE UMA VARIÁVEL QUANTITATIVA, COM ÁREAS DE RECTÂNGULOS PROPORCIONAIS À FREQUÊNCIA DE CLASSE.

38. **INCIDÊNCIA:** APARECIMENTO DE NOVOS CASOS DE UMA DETERMINADA DOENÇA NUMA DETERMINADA COMUNIDADE DURANTE UM PERÍODO DE TEMPO DETERMINADO.

39. **INDICADOR:** UM INDICADOR É UM TIPO DE INFORMAÇÃO QUE TOMA A FORMA DUMA RAZÃO, DUMA PROPORÇÃO OU DUMA TAXA.

POR OUTRAS PALAVRAS: SÃO VARIÁVEIS QUE AJUDAM A MEDIR DIRECTA OU INDIRECTAMENTE AS MODIFICAÇÕES NA SITUAÇÃO SANITÁRIA E A AVALIAR ATÉ QUE PONTO OS OBJECTIVOS E AS METAS DE UM PROGRAMA ESTÃO A SER ATINGIDOS.

UM INDICADOR PERMITE FAZER COMPARAÇÕES E MEDIR MUDANÇA DUM CERTO FENÓMENO NUM CERTO PERÍODO DE TEMPO.

NEM SEMPRE É POSSÍVEL FAZER-SE A AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA ATRAVÉS DA SIMPLES CONJUGAÇÃO DE VALORES NUMÉRICOS (I.E UTILIZANDO-SE *INDICADORES QUANTITATIVOS*). POIS ISSO, TEM DE SE RECORRER A *INDICADORES QUALITATIVOS*.

40. **ÍNDICE:** UM ÍNDICE É UM VALOR QUE RESUME UM CONJUNTO DE OBSERVAÇÕES. PODE TAMBÉM SER DEFINIDO SOMO SENDO O QUOCIENTE ENTRE O NÚMERO DE VEZES QUE UM FENÓMENO OCORREU E O NÚMERO DE VEZES QUE OUTRO FENÓMENO OCORREU.

41. **ÍNDICE DE CUMPRIMENTO:** O ÍNDICE DE CUMPRIMENTO INDICA O GRAU DE ATINGIMENTO RELATIVAMENTE AO TOTAL DUMA META.

POR EXEMPLO SE A META ANUAL DE PARTOS A SEREM ASSISTIDOS NUM DISTRITO É 1.200 E O NÚMERO DE PARTOS ASSISTIDOS ATÉ AO FIM DO MÊS DE FEVEREIRO FOR 150, O ÍNDICE DE CUMPRIMENTO DOS PARTOS ATÉ AO MÊS DE FEVEREIRO SERÁ $150/1.200 \times 100 = 12,5\%$ O DENOMINADOR 1.200 CORRESPONDE A ACTIVIDADE TOTAL (A META) FIXADA PARA O ANO.

42. **ÍNDICE DE CUMPRIMENTO CUMULATIVO:**

O ÍNDICE DE CUMPRIMENTO CUMULATIVO INDICA O GRAU DE ATINGIMENTO DUMA META ANTES DE ESGOTAR O PRAZO PREVISTO PARA O SEU COMPLETO ALCANCE. ESTE ÍNDICE PÕE EM CORRELAÇÃO A ACTIVIDADE REALIZADA ATÉ AQUELE MOMENTO COM A ACTIVIDADE QUE DEVERIA TER SIDO REALIZADA SEGUNDO O PLANO ATÉ O MESMO MOMENTO. NORMALMENTE ESTE ÍNDICE É CALCULADO COM PERIODICIDADE MENSAL.

POR EXEMPLO: SE A META ANUAL DE PARTOS A SEREM ASSISTIDOS NUM DISTRITO É 1.200 E O NÚMERO DE PARTOS ASSISTIDOS ATÉ AO FIM DO MÊS DE FEVEREIRO FOR 150, O ÍNDICE DE CUMPRIMENTO CUMULATIVO DOS PARTOS PARA O MÊS DE FEVEREIRO SERÁ $150/200 \times 100 = 75\%$ O DENOMINADOR 200 CORRESPONDE A ACTIVIDADE QUE DEVERIA TER SIDO REALIZADA ATÉ AO FIM DO MÊS DE FEVEREIRO SE O PLANO FOSSE CUMPRIDO NA INTEGRA ATÉ AQUELE MOMENTO. A ACTIVIDADE A SER REALIZADA EM CADA MÊS SEGUNDO O PLANO OBTÉM-SE DIVIDINDO A META ANUAL (1.200) POR 12 MESES. NESTE EXEMPLO A META MENSAL É 100.

43. **INFORMAÇÃO:** UMA INFORMAÇÃO É CONSTITUÍDA POR UM CONJUNTO DE DADOS QUE TÊM RELAÇÃO ENTRE SI E QUE É ÚTIL PARA TOMAR DECISÕES.

POR EXEMPLO: "EXISTEM DOIS CENTROS DE SAÚDE E QUATRO POSTOS DE SAÚDE NO DISTRITO DE ALCANCE EM 1993" É UMA INFORMAÇÃO QUE AGREGA DADOS SOBRE RECURSOS (CENTROS E POSTOS DE SAÚDE), UM DADO GEOGRÁFICO (DISTRITO DE ALCANCE) É UM DADO TEMPORAL (O ANO DE 1993) E CONSTITUI UM INFORME (CONHECIMENTO) ÚTIL PARA OS GESTORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAQUELE DISTRITO.

44. **INFORMAÇÃO FORMAL:** A INFORMAÇÃO FORMAL DERIVA DUM SISTEMA DE INFORMAÇÃO ESTRUTURADO ISTO É REGULADO POR NORMAS QUE DEFINEM QUAIS DADOS DEVEM SER RECOLHIDOS E ELABORADOS ONDE, QUANDO, POR QUEM E COM QUE OBJECTIVOS.

EXEMPLOS DE INFORMAÇÃO FORMAL SÃO OS INDICADORES DO SIS, AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NOS RELATÓRIOS TRIMESTRAIS, SEMESTRAIS E ANUAIS DA DDS E NOS RELATÓRIOS DOS PROGRAMAS E DAS VISITAS DE SUPERVISÃO.

45. **INFORMAÇÃO INFORMAL:**

A INFORMAÇÃO INFORMAL CONSISTE NAS OPINIÕES, SUPOSIÇÕES, CONVICÇÕES, SENTIMENTOS, CRÍTICAS E FELICITAÇÕES RELATIVAMENTE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, EXPRESSOS EM OCASIÕES NÃO OFICIAIS PELOS TRABALHADORES DE SAÚDE, PELOS DOENTES E SEUS FAMILIARES E PELA COMUNIDADE EM GERAL.

POR EXEMPLO DURANTE UMA CONVERSA OS FAMILIARES DE PARTURIENTES BAIXADAS NA MATERNIDADE EXPRESSAM OPINIÕES POSITIVAS RELATIVAMENTE AS MANEIRAS DAS PARTEIRAS DAQUELE CENTRO.

46. **INSTRUMENTOS DO SIS:** OS INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS DE SIS SÃO OS LIVROS E OS IMPRESSOS DE REGISTO QUE SE UTILIZAM NAS UNIDADES SANITÁRIAS, ASSIM COMO OS IMPRESSOS DE RESUMO, ONDE SE RECOLHE A INFORMAÇÃO PARA SER INTERPRETADA E ENVIADA AO NÍVEL SUPERIOR.

47. **INTERPRETAÇÃO DA INFORMAÇÃO:**

INTERPRETAR SIGNIFICA ENCONTRAR RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS "PORQUE ACONTECEU UM CERTO FACTO, PORQUE A SITUAÇÃO É AQUELA QUE NOS ENCONTRAMOS?". A INTERPRETAÇÃO CONSISTE EM COMPREENDER, DUMA FORMA SISTEMÁTICA, ISTO É; LÓGICA E O MAIS POSSÍVEL COMPLETA, QUAIS SÃO OS FACTORES QUE ORIGINAM UMA DETERMINADA SITUAÇÃO.

48. **LOGÍSTICA DO SIS:** A LOGÍSTICA DO SIS É O SISTEMA ATRAVÉS DO QUAL SÃO GERIDAS A PRODUÇÃO DE SUFICIENTES QUANTIDADES DE LIVROS DE REGISTO E IMPRESSOS E A SUA DISTRIBUIÇÃO EM TODAS AS UNIDADES SANITÁRIAS DO PAÍS.

PARA PRODUZIR E DISTRIBUIR SUFICIENTES QUANTIDADES DE IMPRESSOS E LIVROS DE REGISTO DO SIS, É PRECISO CONHECER AS NECESSIDADES TOTAIS E DE CADA UNIDADE SANITÁRIA. A LOGÍSTICA DO SIS IMPLICA UM CONTROLE DE STOCK DOS LIVROS E DOS IMPRESSOS, QUE PERMITA CONHECER CONSTANTEMENTE AS QUANTIDADES RECEBIDAS, DISTRIBUÍDAS E EM STOCK.

49. **META:**

META É O RESULTADO INTERMÉDIO, RUMO AO OBJECTIVO QUE UM PROGRAMA PROCURA ALCANÇAR. A META É

MAIS ESPECÍFICA DO QUE UM OBJECTIVO E O PRAZO PARA CONSEGUIR ESSA META É GERALMENTE ESPECIFICADO. POR OUTRO LADO, TAMBÉM SE PRESTA MAIS FACILMENTE A UMA EXPRESSÃO EM TERMOS QUANTITATIVOS. EXEMPLO: ABASTECIMENTO DE ÁGUA POTÁVEL PARA 60% DA POPULAÇÃO ATÉ 1997, NO INTUÍTO DE ALCANÇAR O OBJECTIVO DE 100% DE COBERTURA ATÉ AO ANO 2.000; VACINAÇÃO DE 70% DAS CRIANÇAS CONTRA AS SEIS DOENÇAS INFECCIOSAS MAIS IMPORTANTES ATÉ 1996, TENDO EM VISTA VACINAR TODAS AS CRIANÇAS ATÉ 2.000.

PARA PRODUIR E DISTRIBUIR SUFICIENTES QUANTIDADES DE IMPRESSOS E LIVROS DE REGISTO DO SIS, É PRECISO CONHECER AS NECESSIDADES TOTAIS E DE CADA UNIDADE SANITÁRIA. A LOGÍSTICA DO SIS IMPLICA UM CONTROLE DE STOCK DOS LIVROS E DOS IMPRESSOS, QUE PERMITA CONHECER CONSTANTEMENTE AS QUANTIDADES RECEBIDAS, DISTRIBUÍDAS E EM STOCK.

50. **MONITORIZAÇÃO:** A MONITORIZAÇÃO CONSISTE NO SEGUIMENTO CONSTANTE DUM PROGRAMA OU DUM SERVIÇO, UTILIZANDO OS DADOS DO SIS E OUTRAS INFORMAÇÕES FORMAIS E INFORMAIS. A MONITORIZAÇÃO É UMA ACTIVIDADE CONTINUATIVA.

A MONITORIZAÇÃO PODE-SE REFERIR AOS PROBLEMAS DE SAÚDE, ÀS ACTIVIDADES, AOS RECURSOS E À QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ESTÃO SENDO PROVIDENCIADOS À POPULAÇÃO.

51. **NORMAS DO SIS:** AS NORMAS SÃO INSTRUÇÕES QUE DEFINEM QUEM, COMO E QUANDO REGISTA E RECOLHE OS DADOS, ELABORA E INTERPRETA AS INFORMAÇÕES E ENVIA OS IMPRESSOS PARA ONDE.

52. **OBJECTIVO:** UM OBJECTIVO É O RESULTADO QUE QUEREMOS ATINGIR COM UMA INTERVENÇÃO (OU PROGRAMA). A DEFINIÇÃO DE UM OBJECTIVO PRESSUPÕE UMA VONTADE E A AFECTAÇÃO DOS RECURSOS NECESSÁRIOS PARA O ATINGIR.

53. **ORGANIZAÇÃO:** A ORGANIZAÇÃO É UMA DAS QUATRO FUNÇÕES DA GESTÃO. ORGANIZAR IMPLICA:

- (A) IDENTIFICAR AS POSIÇÕES NECESSÁRIAS PARA IMPLEMENTAR AS VÁRIAS ACTIVIDADES;
- (B) DETERMINAR A AUTORIDADE E A RESPONSABILIDADE DE CADA POSIÇÃO E
- (C) DEFINIR MÉTODOS DE COMUNICAÇÃO E COORDENAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES POSIÇÕES.

54. **PARTEIRA TRADICIONAL (PT):**

É TAMBÉM UM ELEMENTO DA COMUNIDADE QUE JÁ VINHA EXERCENDO NA SUA ÁREA DE RESIDÊNCIA ACTIVIDADE DE ASSISTÊNCIA AOS PARTOS DE ACORDO COM AS PRÁTICAS DA MEDICINA TRADICIONAL. ELA É TREINADA A NÍVEL DISTRITAL (GERALMENTE NA MATERNIDADE DO CS) EM PRÁTICAS SIMPLES DE OBSTETRÍCIA MODERNA COM A FINALIDADE DE CONDUZIR UM PARTO HIGIÉNICO E DETECTAR CONDIÇÕES OBSTÉTRICAS DE PERIGO QUE EXIJAM EVACUAÇÃO PARA A US MAIS PRÓXIMA. NO FIM DO TREINO INICIAL, A PT RECEBE UM KIT DE MATERIAL PARA O PARTO E É SUCESSIVAMENTE REABASTECIDA COM KITS DE REPOSIÇÃO.

EM RELAÇÃO AO SNS ELA ENCONTRA-SE NA MESMA CONDIÇÃO DO APE (NÃO É FUNCIONÁRIA, NEM RECEBE UM VENCIMENTO); NO ENTANTO, COMO O APE, É APOIADA E SUPERVISADA PELA DDS. A PT FORMADA GERALMENTE É UMA FIGURA MAIS ENRAIZADA NA COMUNIDADE DO QUE O APE, ISTO PORQUE ELA POR

TRADIÇÃO JÁ EXERCE "MEDICINA TRADICIONAL", ISTO É: JÁ FOI IDENTIFICADA PELA COMUNIDADE COMO UM "AGENTE" DE CUIDADOS DE SAÚDE.

55. **PLANIFICAÇÃO:** A PLANIFICAÇÃO É UM PROCESSO QUE INCLUI:

- (I) A ANÁLISE DA SITUAÇÃO,
- (II) A DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES,
- (III) A FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS E METAS,
- (IV) A DEFINIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS E DAS ACTIVIDADES PARA ATINGIR OS OBJECTIVOS E METAS,
- (V) A IDENTIFICAÇÃO DOS EXECUTORES E DOS RESPONSÁVEIS DE CADA ACTIVIDADE, A ALOCAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E FINANCEIROS NECESSÁRIOS PARA CADA ACTIVIDADE,
- (VI) A FIXAÇÃO DE PRAZOS DENTRO DOS QUAIS DEVEM SER REALIZADAS AS ACTIVIDADES PROGRAMADAS E
- (VII) O ESTABELECIMENTO DUM SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO.

NOTA: O PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO É COMO UMA ESPIRAL E PORTANTO O RESULTADO DAS AVALIAÇÕES DEVEM SERVIR COMO PONTO DE PARTIDA PARA A PLANIFICAÇÃO DO PERÍODO SEGUINTE.

A PLANIFICAÇÃO DEVE SER REALISTA, ISTO É PREVER RESULTADOS ATINGÍVEIS ATRAVÉS DUMA UTILIZAÇÃO RACIONAL DOS RECURSOS DISPONÍVEIS NA SITUAÇÃO REAL QUE ENFRENTAMOS.

56. **PLANIFICAÇÃO ORÇAMENTAL:**

"PLANIFICAÇÃO ORÇAMENTAL" É O PROCEDIMENTO DE ALOCAÇÃO DO DINHEIRO ATRIBUÍDO ("DOTAÇÃO") DENTRO DE DIFERENTES LINHAS DE DESPESA, DE ACORDO COM BASES DE CÁLCULO RACIONAIS E COM PREVISÕES DE ACTIVIDADE. A PLANIFICAÇÃO FINANCEIRA É UM EXERCÍCIO QUE DECORRE NUMA SEQUÊNCIA DE ETAPAS:

- *DEFINIÇÃO DAS NECESSIDADES TEÓRICAS PARA CADA LINHA DE DESPESA (OU LINHA ORÇAMENTAL, OU RUBRICA);*
- *DEFINIÇÃO DO PESO PERCENTUAL DE CADA LINHA ORÇAMENTAL (DESTE MODO OBTÉM-SE A "ESTRUTURA IDEAL DO ORÇAMENTO");*
- *DISTRIBUIÇÃO DOS FUNDOS EFECTIVAMENTE DISPONÍVEIS PELAS DIFERENTES RUBRICAS;*
- *REDISTRIBUIÇÃO - DENTRO DOS RECURSOS EXISTENTES - DE RUBRICAS SOBRE- E SUB-FINANCIADAS;*
- *VERIFICAÇÃO DE EVENTUAIS DÉFICES ORÇAMENTAIS;*
- *PLANO DE CONTENÇÃO DOS GASTOS E/OU DE AQUISIÇÃO DE FUNDOS ADICIONAIS.*

57. **PLANO DIRECTOR:** É UM DOCUMENTO TÉCNICO QUE DEFINE AS LINHAS DE DESENVOLVIMENTO DOS EDIFÍCIOS DE ACORDO COM O FUTURO PERSPECTIVADO PARA A UNIDADE SANITÁRIA.

SE UM CS VAI PASSAR A SER HOSPITAL RURAL DEVERÁ - NO MÍNIMO - TER (PARA ALÉM DOS EDIFÍCIOS-PADRÃO): BLOCO OPERATÓRIO, RADIOLOGIA E UMA ENFERMARIA DE CIRURGIA; EM CERTOS CASOS SÃO NECESSÁRIAS REMODELAÇÕES MAIORES, PARA AUMENTAR - POR EXEMPLO - A CAPACIDADE DE INTERNAMENTO. O PLANO DIRECTOR IMPEDE QUE - ANTES DO INÍCIO DAS OBRAS - SEJAM FEITAS MANIPULAÇÕES DOS ESPAÇOS QUE PREJUDIQUEM O DESTINO FUTURO. QUALQUER TRABALHO TERÁ DE SER FEITO DENTRO DAS LINHAS DEFINIDAS PELO PLANO.

POR EXEMPLO, NUM CS QUE SERÁ HR NOS PRÓXIMOS 5-8 ANOS, GRAÇAS A UM FINANCIAMENTO EXTERNO, É

EXPANDIDA A ENFERMARIA DE MATERNIDADE. DESTE MODO É OCUPADO UM ESPAÇO QUE SERIA IDEAL - NO FUTURO - PARA O BLOCO CIRÚRGICO. A PRESENÇA DUM PLANO DIRECTOR TERIA EVITADO ESTE INCONVENIENTE, SUGERINDO OUTRA DIRECÇÃO DA EXPANSÃO, OU O ADIAMENTO DA MESMA.

58. **PREVALÊNCIA:** É O NÚMERO DE CASOS EXISTENTES (DE UMA DETERMINADA DOENÇA NUMA DETERMINADA COMUNIDADE NUM MOMENTO DETERMINADO. (QUANDO SE ESPECIFICA UM PERÍODO DE TEMPO, E MEDIDA RESULTANTE É A *PREVALÊNCIA DURANTE UM PERÍODO*).

59. **PROCEDIMENTOS** PROCEDIMENTOS SÃO INSTRUÇÕES SOBRE A SEQUÊNCIA DE ACTIVIDADES QUE O SECTOR DEVERIA REALIZAR REGULARMENTE.

60. **PROCESSO CLÍNICO** UM PROCESSO CLÍNICO É A NARRAÇÃO CUMULATIVA DA HISTÓRIA DE UM DOENTE, DO TRATAMENTO ADMINISTRADO, DO DIAGNÓSTICO FINAL E DA ASSISTÊNCIA DEPOIS DA ALTA.

61. **PROGRAMA (DE SAÚDE):**

UM PROGRAMA É UM CONJUNTO ORGANIZADO DE ACTIVIDADES INTERRELACIONADAS E ORIENTADAS PARA OBJECTIVOS E METAS PREVIAMENTE ESTABELECIDOS, QUE SÃO PROGRESSIVAMENTE MAIS ESPECÍFICOS DO QUE OS OBJECTIVOS GERAIS PARA OS QUAIS CONTRIBUEM.

62. **PROGRAMAÇÃO:** PROGRAMAÇÃO É IDENTIFICAR OS PROBLEMAS (DE SAÚDE) NO SEU CONTEXTO SÓCIO-ECONÓMICO, DETERMINAR OS SECTORES ONDE SÃO NECESSÁRIAS MODIFICAÇÕES E FORMULAR PROGRAMAS PARA INTRODUIR ESSAS MODIFICAÇÕES.

NA PRÁTICA NA PROGRAMAÇÃO DEFINEM-SE CLARAMENTE OS OBJECTIVOS E AS METAS (DOS PROGRAMAS) E PARA CONSEGUI-LOS, AGRUPAM-SE OS RECURSOS NECESSÁRIOS, ESPECIFICANDO-SE AS SUA FONTES. AS FONTES PODEM SER PÚBLICAS (I.E. GOVERNAMENTAIS - ATRAVÉS DOS MINISTÉRIOS, GOVERNOS PROVINCIAIS OU LOCAIS) OU PARTICULARES OU PRIVADAS (PARTICIPAÇÕES FINANCEIRAS DE INDIVÍDUOS, SISTEMAS DE VOLUNTÁRIOS DE SEGUROS, ORGANIZAÇÕES DE BENEFICIÊNCIA, ENTIDADES PATRONAIS, ETC.). TAMBÉM PODEM PROVIR DE FONTES EXTERNAS COMO AS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS, AS AGÊNCIAS DE COOPERAÇÃO BILATERAL E/OU ASSOCIAÇÕES FILANTRÓPICAS.

63. **PROPORÇÃO:** FRACÇÃO $A/(A+B)$ PARA GRUPOS MUTUAMENTE EXCLUSIVOS COM ELEMENTOS *A* E *B* (OS ELEMENTOS *B* PODEM PERTENCER A MAIS DE UM GRUPO, CADA UM MUTUAMENTE EXCLUSIVO DO GRUPO COM OS ELEMENTOS *A*).

64. **QUALIDADE DOS SERVIÇOS:** A QUALIDADE REFERE-SE AOS PROCEDIMENTOS, AS CONDUTAS UTILIZADOS PARA PRESTAR OS SERVIÇOS. SÓ SERVIÇOS DE BOA QUALIDADE PRODUZEM BONS RESULTADOS.

EM GERAL, PARA CONTROLAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS É PRECISO OBSERVAR DIRECTAMENTE OS PROCEDIMENTOS APLICADOS OU TER INFORMAÇÃO INDIRECTA SOBRE OS MESMOS.

POR EXEMPLO: DURANTE UMA SESSÃO DE VACINAÇÃO, PODE-SE ANOTAR (OBSERVAÇÃO DIRECTA) QUE PERCENTAGEM DE APLICAÇÕES DE VACINAS SÃO FEITAS COM UMA SERINGA E UMA AGULHA DIFERENTES. DURANTE UMA VISITA DE SUPERVISÃO, PODE-SE ANALIZAR OS PROCESSOS CLÍNICOS RELATIVOS A CRIANÇAS

□ **CALCULA-SE ASSIM:** $\sqrt{\frac{\text{km SUP 2 OVER } \{n \text{ SUP } o \sim \text{ de } \sim \text{ USs}}}{\sim x \sim \pi}}$

POR EXEMPLO: NUM DISTRITO COM 9 US DE NÍVEL PRIMÁRIO E 5.000 km² DE SUPERFÍCIE O RAIOTEÓRICO É DE: $5.000/9 \times \pi = 5.000/28.3 = 177$, CUJA RAIZ QUADRADA É 13.3 (RAIO TEÓRICO).

TRATA-SE DUM INDICADOR QUE AFIGURA UMA SITUAÇÃO IDEAL DE US DISPERSAS EM PONTOS EQUIDISTANTES NUM TERRITÓRIO DE IGUAL DENSIDADE POPULACIONAL. NA REALIDADE AS COISAS PODEM SER DIFERENTES.

✓ POR EXEMPLO UM GRANDE DISTRITO DE 10.000 km² PODE TER QUASE TODA A SUA POPULAÇÃO CONCENTRADA NUMA PEQUENA ÁREA DE ALTA DENSIDADE E BEM SERVIDA PELAS US EXISTENTES: ASSIM A SUA SITUAÇÃO NÃO É TÃO GRAVE COMO PARECE À PRIMEIRA VISTA.

A INTERPRETAÇÃO CORRECTA DO RAIOTEÓRICO E A SUA COMPARAÇÃO NÃO SÃO POSSÍVEIS SEM CONHECIMENTOS BASTANTE DETALHADOS DO TERRITÓRIO E DA DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL.

O RAIOTEÓRICO DUMA US É DE FACTO DE 10 KM, SENDO BASICAMENTE DETERMINADO PELA DISTÂNCIA QUE UM UTILIZADOR PODE PERCORRER A PÉ: ASSIM CADA US DE NÍVEL PRIMÁRIO TERÁ UMA COBERTURA GEOGRÁFICA REAL DE (10² x π), ISTO É CERCA DE 300 km² (FREQUENTEMENTE MENOR QUE A CALCULADA COM O RAIOTEÓRICO).

✓ POR EXEMPLO: UM DISTRITO TEM 7.000 km² E 6 US DE NÍVEL PRIMÁRIO. CONSIDERANDO O RAIOTEÓRICO (10 KM) A SUPERFÍCIE "COBERTA" SERÁ DE 300 x 6 = 1.800 km², ISTO É 26% DE 7.000: NÃO HÁ DÚVIDA QUE SE TRATA DUM DISTRITO MAL SERVIDO PELA REDE SANITÁRIA, COM A MAIOR PARTE DA SUPERFÍCIE DESCOBERTA. NO ENTANTO SERÁ INDISPENSÁVEL CONHECER TAMBÉM A DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO. SE NA SUA GRANDE MAIORIA ELA SE CONCENTRA À VOLTA DAS US A "COBERTURA" SERÁ BOA EM TERMOS FUNCIONAIS, APESAR DE HAVER ÁREAS "FISICAMENTE DESCOBERTAS".

67. **RECEPÇÃO:** A RECEPÇÃO CONSISTE EM RECEBER OS IMPRESSOS DO NÍVEL INFERIOR, REGISTRANDO A SUA CHEGADA NA "FOLHA DE CONTROLO DE CHEGADA DOS IMPRESSOS".
68. **RECOLHA:** A RECOLHA CONSISTE NA TRANSFERÊNCIA DE ALGUNS DADOS DOS LIVROS E IMPRESSOS DE REGISTO DAS UNIDADES SANITÁRIAS PARA OS RESUMOS. TAMBÉM CONSISTE NA TRANSFERÊNCIA DE ALGUNS DADOS DOS RESUMOS DAS UNIDADES SANITÁRIAS PARA OS RESUMOS DISTRITAIS.
69. **RECURSOS DE SAÚDE:**
RECURSOS DE SAÚDE SÃO TODOS OS MEIOS NECESSÁRIOS OU DISPONÍVEIS PARA O FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE OU PARA A IMPLIMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA OU ACTIVIDADE (*PESSOAL, EDIFÍCIOS, EQUIPAMENTOS, MATERIAL, VERBAS, CONHECIMENTOS E TECNOLOGIAS*). ESTES RECURSOS ESSENCIAIS QUE, IDEALMENTE DEVERÃO SER BEM PLANIFICADOS, ORGANIZADOS E ADMINISTRADOS, FORMAM A **INFRA-ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE** (QUE INCLUI OS SERVIÇOS, INSTALAÇÕES, INSTITUIÇÕES OU ESTABELECIMENTOS, ORGANIZAÇÕES E ENTIDADES QUE OS FAZEM FUNCIONAR, PARA LEVAR A CABO UM CERTO NÚMERO DE PROGRAMAS DE SAÚDE).
70. **REGISTO:** O REGISTO CONSISTE NA ANOTAÇÃO NUM LIVRO OU IMPRESSO DE REGISTO DOS DIAGNÓSTICOS FEITOS, DOS RECURSOS RECEBIDOS OU UTILIZADOS E DAS ACTIVIDADES REALIZADAS.
71. **RELAÇÃO:** A FRACÇÃO A/B PARA DOIS GRUPOS MUTUAMENTE EXCLUSIVOS COM ELEMENTOS A E B (CONVENCIONALMENTE EXPRESSA COMO 1:B/A E LÊ-SE "1 ESTÁ PARA B/A").
72. **RELATÓRIO:** É UM DOCUMENTO ATRAVÉS DO QUAL SE FAZ A DESCRIÇÃO DE FACTOS PASSADOS,

ANALIZADOS COM O OBJECTIVO DE ORIENTAR O SERVIÇO INTERESSADO PARA UMA DETERMINADA ACÇÃO. OS RELATÓRIOS TÊM CUMPRIMENTO, FORMATO E LINGUAGEM DIFERENTE, DE ACORDO COM OS DESTINATÁRIOS E O ASSUNTO.

EM GERAL UM RELATÓRIO TEM UMA SEQUÊNCIA LÓGICA:

- INTRODUÇÃO: FACTOS E RAZÕES QUE DETERMINARAM A NECESSIDADE DO RELATÓRIO;
- METODOLOGIA: COMO OS FACTOS FORAM APURADOS;
- RESULTADOS: O QUE SE ENCONTROU;
- INTERPRETAÇÃO: CAUSAS POSSÍVEIS DO QUE FOI ENCONTRADO;
- CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.

73. RETRO-INFORMAÇÃO:

A RETRO-INFORMAÇÃO CONSISTE NUM INFORME PARA O NÍVEL INFERIOR SOBRE A QUALIDADE DOS DADOS E A INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES POR ELES ENVIADOS ALÉM DE SUGESTÕES SOBRE MEDIDAS A SER TOMADAS PARA MELHORAR O TRABALHO. POR OUTRAS PALAVRAS: É O ACTO DE INFORMAR ÀS ENTIDADES QUE FORNECERAM AS INFORMAÇÕES SOBRE A MANEIRA COMO ESTA FORAM UTILIZADAS, RESULTADOS OBTIDOS E A ACÇÃO A EMPREENDER.

74. SAÚDE: A SAÚDE É DEFINIDA PELA OMS COMO "UM ESTADO DE COMPLETO BEM-ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL, E NÃO APENAS A AUSÊNCIA DE AFECÇÕES OU DOENÇAS"⁵.

75. SERVIÇOS DE SAÚDE:

UM SERVIÇO DE SAÚDE É UM SISTEMA DE INSTITUIÇÕES, PESSOAS, TECNOLOGIAS E RECURSOS CONCEBIDOS PARA A MELHORIA DO ESTADO DE SAÚDE DE UMA POPULAÇÃO. SÃO IGUALMENTE OS SERVIÇOS PRESTADOS À POPULAÇÃO (EX. PREVENTIVOS, PROMOTIVOS, CURATIVOS, REABILITATIVOS, ETC.).

76. SECTOR DA SAÚDE:

SECTOR DA SAÚDE É AQUELE QUE COMPREENDE O MINISTÉRIO E OS DEPARTAMENTOS GOVERNAMENTAIS, OS SERVIÇOS E EMPRESAS, ORGANIZAÇÕES E INDIVÍDUOS OU GRUPOS PARTICULARES QUE PRESTAM SERVIÇOS DE SAÚDE (TANTO AO MESMO NÍVEL COMO A NÍVEIS DIFERENTES, A FIM DE APROVEITAR OS RECURSOS DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL).

77. SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE:

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE É UM CONJUNTO DE INSTRUMENTOS, NORMAS E ACTIVIDADES RELACIONADOS ENTRE SI E QUE PRODUZ INFORMAÇÃO PARA TOMADA DE DECISÃO NA ÁREA DE SAÚDE.

78. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE:

UM SISTEMA DE SAÚDE É UM CONJUNTO DE ELEMENTOS INTER-RELACIONADOS QUE CONTRIBUEM PARA A SAÚDE EM CAUSA, NOS ESTABELECIMENTOS DE ENSINO, NOS LUGARES DE TRABALHO, NOS LUGARES PÚBLICOS, NAS COMUNIDADES, NO MEIO AMBIENTE FÍSICO E PSICOSSOCIAL E NO SECTOR DA SAÚDE E SECTORES AFINS.

GERALMENTE, UM SISTEMA DE SAÚDE ESTÁ ORGANIZADO A VÁRIOS NÍVEIS, COMEÇANDO PELA PERIFERIA - QUE TAMBÉM SE COSTUMA CHAMAR DE NÍVEL COMUNITÁRIO OU PRIMÁRIO DE CUIDADOS DE SAÚDE, PASSANDO PELO NÍVEL INTERMÉDIO (DISTRITAL, PROVINCIAL OU REGIONAL) E TERMINANDO NO NÍVEL CENTRAL.

79. STOCK DE LIVROS E IMPRESSOS DO SIS:

O STOCK DE LIVROS E IMPRESSOS DO SIS É O CONJUNTO DE INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS ARMAZENADOS PARA SUA SUCESSIVA DISTRIBUIÇÃO. O STOCK DEVE SER SUFICIENTE ATÉ A CHEGADA DO ABASTECIMENTO SUCESSIVO.

⁵ Constituição da Organização Mundial de Saúde.

80. **SUPERVISÃO:** A SUPERVISÃO É O MODO DE GARANTIR A COMPETÊNCIA, EFICÁCIA E EFICIÊNCIA DO PESSOAL ATRAVÉS DA OBSERVAÇÃO, DISCUSSÃO, APOIO E ACONSELHAMENTO. PORTANTO, A SUPERVISÃO CONSISTE NO APOIO PRESTADO COM REGULARIDADE POR UM CERTO NÍVEL DE ACTUAÇÃO AO INFERIOR COM OS OBJECTIVOS DE TRANSMITIR CONHECIMENTOS E, EM CONJUNTO, ANALISAR A SITUAÇÃO E IDENTIFICAR MEDIDAS PARA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS.

TAMBÉM SE PODE-SE DEFINIR A SUPERVISÃO COMO SENDO UM **CONJUNTO DE ACTIVIDADES** DE APOIO DO NÍVEL SUPERIOR SOBRE O INFERIOR VISANDO DETECTAR PONTOS FRACOS E FORTES NA EXECUÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE A FIM DE TOMAR MEDIDAS QUE CORRIJAM AS LACUNAS CONSTATADAS OU CONSOLIDEM AS TENDÊNCIAS POSITIVAS EM CURSO, RESPECTIVAMENTE.

A SUPERVISÃO É UM SISTEMA DE SUPORTE DO SNS A NÍVEL PRIMÁRIO, GRAÇAS À QUAL É MANTIDA A COESÃO DO SISTEMA.

A SUPERVISÃO É TAMBÉM UM "RECURSO": UMA REDE PRIMÁRIA SEM SUPERVISÃO ESTÁ DESTINADA A VER AS SUAS ACTIVIDADES EM DIMINUIÇÃO QUANTITATIVA E QUALITATIVA, DA MESMA MANEIRA QUE TENDO RESTRIÇÕES FINANCEIRAS, CRISES DE APROVISIONAMENTO OU CORTES NO PESSOAL.

UM TERMO EQUIVALENTE À SUPERVISÃO É O **ACOMPANHAMENTO** QUE CONSISTE NO SEGUIMENTO CONTÍNUO DAS ACTIVIDADES, DE MANEIRA A GARANTIR QUE ESTÃO A DECORRER COMO PREVISTO. A ACOMPANHAMENTO PERMITE ESTAR PERMANENTEMENTE A PAR DOS RESULTADOS ALCANÇADOS, DOS MOVIMENTOS E UTILIZAÇÃO DO PESSOAL, DA EXISTÊNCIA DE EQUIPAMENTO E MATERIAL E DO DINHEIRO GASTO, EM RELAÇÃO ÀS VERBAS DISPONÍVEIS, PARA SE ALGUMA COISA ANDAR MAL, PODER TOMAR-SE IMEDIATAMENTE AS MEDIDAS NECESSÁRIAS.

81. **TABELA:** UMA TABELA É UMA FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DADOS QUE POSSIBILITA A VISUALIZAÇÃO DOS DADOS DE UMA MANEIRA CONCISA, FACILITANDO A INTERPRETAÇÃO DOS MESMOS.

AO APRESENTARMOS UMA TABELA, DEVEMOS COLOCAR O TÍTULO INDICANDO CLARAMENTE O SEU CONTEÚDO, O LOCAL E A ÉPOCA ÀS QUAIS SE REFEREM OS DADOS. OUTROS ELEMENTOS COMPLEMENTARES DE UMA TABELA SÃO: A FONTE, AS NOTAS E AS CHAMADAS QUE SE COLOCAM, DE PREFERÊNCIA, NO RODAPÉ DA MESMA.

82. **TABUS** EXPRESSÃO (HERDADA DOS ETNÓLOGOS DE LÍNGUAS PRIMITIVAS) UTILIZADA PARA DESIGNAR INTERDIÇÃO. DIZ-SE *TABU* AQUILO QUE NÃO SE PODE TOCAR. POR EXTENSÃO, USA-SE O CONCEITO PARA DESIGNAR QUALQUER PROIBIÇÃO CUJAS RAZÕES SE DESCONHECE OU NÃO SE RECONHECE. NESSE SENTIDO, EQUIVALE APROXIMADAMENTE A *PRECONCEITO*.

83. **TAXA:** TAXA É UMA MEDIDA DE "VELOCIDADE" COM QUE SE PRODUZEM OS EVENTOS (POR EXEMPLO: A TAXA DE INCIDÊNCIA DE UMA DADA DOENÇA É UMA MEDIDA DA 'VELOCIDADE' COM QUE APARECEM NOVOS CASOS NA COMUNIDADE).

84. **TAXA DE UTILIZAÇÃO:** É UM INDICADOR QUANTIFICA A PERCENTAGEM DE VACINA QUE É EFECTIVAMENTE ADMINISTRADA NAS SESSÕES VACINAIS.

TEM DE SER CALCULADA PARA CADA UMA DAS DIFERENTES VACINAS.

A FONTE DESTE INDICADOR SÃO OS MODELOS **SIS-A03 E/OU SIS-A11**.

□ CALCULA-SE ASSIM:

NO. DOSES APLICADAS	
-----	x 100
NO. DE VACINAS UTILIZADAS	

"VACINA UTILIZADA": MEDE-SE CONTANDO O NÚMERO DE FRASCOS ABERTOS. SE FORAM ABERTOS 10 FRASCOS DE VAS, FORAM "UTILIZADAS" 100 DOSES DE VAS.

NESTE INDICADOR TODAS AS DOSES - DENTRO E FORA DO GRUPO ALVO - DEVEM SER INCLuíDAS NO CÁLCULO. A TAXA DE UTILIZAÇÃO DEVE SER CALCULADA SEPARADAMENTE PARA CADA VACINA.

POR EXEMPLO: NUM CS SÃO ADMINISTRADAS 900 DOSES DE VAT E UTILIZADAS 1.000: A TAXA DE UTILIZAÇÃO SERÁ DE $900/1.000 \times 100 = 90\%$.

✓ SÃO CONSIDERADAS "NORMAIS" TAXAS DE UTILIZAÇÃO DE 75%. PARA BCG HÁ UMA "TOLERÂNCIA" ATÉ 50%.

iii UMA BAIXA UTILIZAÇÃO (POR EXEMPLO 60% COM DTP) DEVE SEMPRE SER INVESTIGADA, E IMPLICA GERALMENTE:

- [- ERROS NA TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO: POR EXEMPLO TIRANDO 8 DOSES EM VEZ DE 10 DUM FRASCO DE VAS;
- [- VACINAR COM 2 OU MAIS FRASCOS DE VACINA ABERTOS SIMULTÂNEAMENTE DURANTE A SESSÃO, OS QUAIS DEPOIS SÃO INUTILIZADOS QUANDO AINDA TÊM ALGUMAS DOSES NÃO ADMINISTRADAS;
- [- MÁ PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES (CALENDÁRIOS DEMASIADO FREQUENTES EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE VACINANDOS, POR EXEMPLO; OU BRIGADAS MÓVEIS COM CONCENTRAÇÕES DE FRACA AFLUÊNCIA).

ASSIM COMO O INDICADOR ANTERIOR (QUEBRA VACINAL) A UTILIZAÇÃO DÁ INFORMAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DE PLANIFICAÇÃO-GESTÃO DO PROGRAMA.

UMA MEDIDA A UTILIZAR PARA REDUZIR O DESPERDÍCIO DE VAT E DPT É GUARDAR AS FRASCOS ABERTOS NA GELEIRA E UTILIZÁ-LOS NO DIA SEGUINTE OU ATÉ UM PRAZO MÁXIMO DE 48 HORAS.

[- QUEBRA VACINAL E TAXAS DE UTILIZAÇÃO DEVEM SER VERIFICADAS COM FREQUÊNCIA MENSAL, A FIM DE DETECTAR E CORRIGIR PRONTAMENTE PROBLEMAS NA PLANIFICAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E QUALIDADE DO PAV



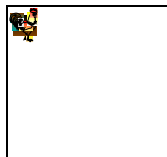
ANEXO 2**LIVROS DE REGISTO E IMPRESSOS DO SIS PARA O NÍVEL PRIMÁRIO
E SECUNDÁRIO E FICHAS DE ARQUIVO DO NEP**

ITEM	CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	NÍVEL DE PREENCHIMENTO	PERIODICIDADE
<u>LIVROS DE REGISTOS</u>				
1	SIS-C01	LIVRO DE REGISTO DE CONSULTAS EXTERNAS	UNIDADE SANITÁRIA	DIÁRIA
2	SIS-D01	LIVRO DE REGISTO DE INTERNAMENTOS	UNIDADE SANITÁRIA	DIÁRIA
3	SIS-D02	LIVRO DE REGISTO DE INTERNAMENTOS CIRURÚGICOS	UNIDADE SANITÁRIA C/ INTER. CIRÚRGICO	DIÁRIA
4	SIS-B01	LIVRO DE REGISTO DE MATERNIDADE	UNIDADE SANITÁRIA	DIÁRIA
5	SIS-E01	LIVRO DE REGISTOS DO LABORATÓRIO - NÍVEIS I/II E TRANSF.SANGUE ????????????	UNIDADE SANITÁRIA C/ LABORATÓRIO	DIÁRIA
6	SIS-F01	LIVRO DE REGISTOS DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA - NÍVEL II	UNIDADE SANITÁRIA C/ RADIOLOGIA	DIÁRIA
7	SIS-G02	LIVRO DE REGISTO DE ESTOMATOLOGIA - NÍVEIS I E II	UNIDADE SANITÁRIA C/ ESTOMATOLOGIA	DIÁRIA
<u>IMPRESSOS</u>				
8	SIS-A01	REGISTO DIÁRIO DO PAV (BCG, PÓLIO, DPT, SARAMPO)	UNIDADE SANITÁRIA OU BRIGADA MÓVEL	DIÁRIA
9	SIS-A02	REGISTO DIÁRIO DO PAV (VACINA ANTI-TETÂNICA)	UNIDADE SANITÁRIA E BRIGADA MÓVEL	DIÁRIA
10	SIS-A03	RESUMO MENSAL DO PAV PARA UNIDADES SANITÁRIAS	UNIDADE SANITÁRIA	MENSAL
11	SIS-A04	RESUMO MENSAL DO PAV PARA DISTRITOS	DISTRITO	MENSAL
12	SIS-A05	RESUMO ANUAL DISTRITAL DE RECURSOS - PAV	DISTRITO, PROVÍNCIA	ANUAL
13	SIS-A06	RESUMO TRIMESTRAL/SEMESTRAL/ ANUAL PROVINCIAL DE ACTIVIDADES DE VACINAÇÃO - BCG/VAS	PROVINCIAL	TRIM/SEM/ANUAL
14	SIS-A07	RESUMO TRIMESTRAL/SEMESTRAL/ANUAL PROVINCIAL DE ACTIVIDADES DE VACINAÇÃO - DPT	PROVINCIAL	TRIM/SEM/ANUAL
15	SIS-A08	RESUMO TRIMESTRAL/SEMESTRAL/ANUAL PROVINCIAL DE ACTIVIDADES DE VACINAÇÃO - PÓLIO	PROVINCIAL	TRIM/SEM/ANUAL
16	SIS-A09	RESUMO TRIMESTRAL/SEMESTRAL/ANUAL PROVINCIAL DE ACTIVIDADES DE VACINAÇÃO - VAT (MULHERES GRÁVIDAS E MULHERES DE 15-49 ANOS)	PROVINCIAL	TRIM/SEM/ANUAL
17	SIS-A10	RESUMO TRIMESTRAL/SEMESTRAL/ANUAL PROVINCIAL DE ACTIVIDADES DE VACINAÇÃO - VAT (CRIANÇAS DAS ESCOLAS E TRABALHADORES)	PROVINCIAL	TRIM/SEM/ANUAL
18	SIS-A11	CONTROLO DO MOVIMENTO MENSAL DAS VACINAS	UNIDADE SANITÁRIA	MENSAL
19	SIS-A12	CADEOIA DE FRIO - FICHA DE DE DE CONTROLO DA TEMPERATURA	UNIDADE SANITÁRIA	DIÁRIA

Manual de Procedimentos para o Sistema de Informação para a Saúde (SIS)

ITEM	CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	NÍVEL DE PREENCHIMENTO	PERIODICIDADE
20	SIS-B02	REGISTO DIÁRIO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS / PÓST-PARTO/PF	UNIDADE SANITÁRIA E BRIGADA MÓVEL	DIÁRIA
21	SIS-B03	REGISTO DE CONSULTAS DE CRIANÇAS 0-4 ANOS/VIGIL. NUTRICIONAL 0-35 MESES	UNIDADE SANITÁRIA E BRIGADA MÓVEL	DIÁRIA
22	SIS-B04	RESUMO MENSAL DE SMI/VIGIL. NUTRICIONAL PARA UNIDADES SANITÁRIAS	UNIDADE SANITÁRIA	MENSAL
23	SIS-B05	CONTROLE DE STOCKS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	UNIDADE SANITÁRIA	MENSAL
24	SIS-B06	RESUMO MENSAL DISTRITAL - SMI , CONSULTAS 0-4 / VIGILÂNCIA NUTRICIONAL	DISTRITO	MENSAL
25	SIS-B07	RESUMO MENSAL DISTRITAL DAS MATERNIDADES E PARTEIRAS TRADICIONAIS	DISTRITO	MENSAL
26	SIS-B08	RESUMO MENSAL DISTRITAL - SMI CONSULTAS PRÉ-NATAIS / PÓST-PARTO / PF	DISTRITO	MENSAL
27	SIS-B09	RESUMO TRIM/SEMES/ANUAL PROVINCIAL DE SMI - CONS. 0-4 / VIGIL. NUTRICIONAL	PROVINCIAL	TRIM/SEM/ANUAL
28	SIS-B10	RESUMO TRIM/SEMES/ANUAL PROVINCIAL DE SMI - CONSULTAS PRÉ-NATAIS / PÓST-PARTO/PF	PROVINCIAL	TRIM/SEM/ANUAL
29	SIS-B11	RESUMO TRIM/SEMES/ANUAL PROVINCIAL DAS MATERNIDADES E PARTEIRAS TRADICIONAIS - I PARTE	PROVINCIAL	TRIM/SEM/ANUAL
30	SIS-B12	RESUMO TRIM/SEMES/ANUAL PROVINCIAL DAS MATERNIDADES E PARTEIRAS TRADICIONAIS - II PARTE	PROVINCIAL	TRIM/SEM/ANUAL
31	SIS-C02	FICHA DE CONTAGEM DE DE NOVOS CASOS DE DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA (SEMANAL)	UNIDADE SANITÁRIA	SEMANAL
32	SIS-C03	BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL - UNIDADES SANITÁRIAS / DISTRITOS	UNIDADE SANITÁRIA, DISTRITO, PROVÍNCIA	SEMANAL
33	SIS-C04	RESUMO MENSAL DE CONSULTAS EXTERNAS E DO STOCK DE MEDICAMENTOS KIT "A" - CENTROS DE SAÚDE	CENTRO DE SAÚDE	MENSAL
34	SIS-C05	RESUMO MENSAL DE CONSULTAS EXTERNAS E STOCK DE MEDICAMENTOS KIT "B" - POSTOS DE SAÚDE	POSTO DE SAÚDE	MENSAL
35	SIS-C06	RESUMO TRIMESTRAL PROVINCIAL DE CONSULTAS EXTRNAS	PROVINCIAL	TRIM/SEM/ANUAL
36	SIS-C07	RESUMO MENSAL DA DISTRIBUIÇÃO DOS KITS PARA O NÍVEL PROVINCIAL E DISTRITAL	DISTRITAL E PROVINCIAL	MENSAL
37	SIS-D03	RESUMO MENSAL DE INTERNAMENTOS PARA CENTROS E POSTOS DE SAÚDE	UNIDADE SANITÁRIA	MENSAL
38	SIS-D04	RESUMO DE INTERNAMENTOS PARA HOSPITAIS DISTRITAIS, RURAIS, GERAIS	HOSP. RURAL E/OU GERAL + PROVÍNCIA	MENSAL/TRIM/SEM/ANUAL
39	IS-D05	RESUMO SEMESTRAL/ANUAL PROVINCIAL DE INTERNAM. PARA CENTROS E POSTOS DE SAÚDE	PROVINCIAL	SEMEST/ANUAL
40	SIS-E02	RESUMO MENSAL DO SERVIÇO DE LABORATÓRIO PARA UNIDADES SANITÁRIAS DE NÍVEL PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO	UNIDADE SANITÁRIA C/ LABORATÓRIO	MENSAL
41	SIS-F01	RESUMO MENSAL DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA PARA NÍVEL II	UNIDADE SANITÁRIA COM RADIOLOGIA	MENSAL

ITEM	CÓDIGO	DESIGNAÇÃO	NÍVEL DE PREENCHIMENTO	PERIODICIDADE
42	SIS-G02	RESUMO MENSAL DO SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA DE NÍVEL PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO	UNIDADE SANITÁRIA C/ ESTOMATOLOGIA PROVINCIAL	MENSAL
43	SIS-G04	RESUMO TRIMESTRAL PROVINCIAL - SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA	UNIDADE SANITÁRIA C/ ESTOMATOLOGIA PROVINCIAL	TRIMESTR./SEMES /ANUAL
44	SIS-I01	RESUMO TRIMESTRAL DA ELAL PARA UNIDADES SANITÁRIAS	UNIDADE SANITÁRIA	TRIMESTRAL
45	SIS-I02	RESUMO TRIMESTRAL DA ELAL PARA DISTRITOS	DISTRITO	TRIMESTRAL
46	SIS-JO1	RESUMO ANUAL DISTRITAL DE RECURSOS - REDE SANITÁRIA E CAMAS DE NÍVEL PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO	DISTRITO/PROVÍNCIA	ANUAL
47	SIS-JO2	RESUMO ANUAL DA REDE SANITÁRIA E CAMAS	PROVINCIAL	ANUAL
48	SIS-K01	RESUMO ANUAL DISTRITAL DE RECURSOS - PESSOAL DE NÍVEL PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO	DISTRITO/PROVÍNCIA	ANUAL
49	SIS-K02	RESUMO ANUAL PROVINCIAL DE RECURSOS - PESSOAL DE NÍVEL PRIMÁRIO (RURAL E URBANO), SECUNDÁRIO, DIRECÇÃO PROV. E INSTITUIÇÕES DE FORMAÇÃO	PROVINCIAL	ANUAL
FICAHS DE ARQUIVO DO NEP PROVINCIAL:				
50	SIS-NEP-01	RESUMO MENSAL PROVINCIAL DE ACTIVIDADES DO PAV - BCG E VAS	NEP	MENSAL
51	SIS-NEP-02	RESUMO MENSAL PROVINCIAL DE ACTIVIDADES DO PAV - VAT (CRIANÇAS DAS ESCOLAS / TRABALHADORES)	NEP	MENSAL
52	SIS-NEP-03	RESUMO MENSAL PROVINCIAL DE ACTIVIDADES DO PAV - VAT (MULHERES GRÁVIDAS / MULHERES DE 15-49)	NEP	MENSAL
53	SIS-NEP-04	RESUMO MENSAL PROVINCIAL DO PAV - DPT	NEP	MENSAL
54	SIS-NEP-05	RESUMO MENSAL PROVINCIAL DE ACTIVIDADES DO PAV - PÓLIO	NEP	MENSAL
55	SIS-NEP-06	RESUMO MENSAL PROVINCIAL - SMI - CONSULTAS PRÉ-NATAIS, POST-PARTO E PF	NEP	MENSAL
56	SIS-NEP-07	RESUMO MENSAL PROVINCIAL SMI - CONSULTAS 0-4 ANOS /VIGILÂNC. NUTRICIONAL	NEP	MENSAL
57	SIS-NEP-08	RESUMO MENSAL PROVINCIAL - SMI - MATERNIDADES E PARTEIRAS TRADICIONAIS (I PARTE)	NEP	MENSAL
58	SIS-NEP-09	RESUMO MENSAL PROVINCIAL - SMI - MATERNIDADES E PARTEIRAS TRADICIONAIS (II PARTE)	NEP	MENSAL
59	SIS-NEP-10	RESUMO MENSAL PROVINCIAL DE CONSULTAS EXTERNAS	NEP	MENSAL
60	SIS-NEP-11	RESUMO MENSAL PROVINCIAL DO SERVIÇO DE ESTOMATOLOGIA	NEP	MENSAL
63	SIS-NEP-			



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ELABORATION D'INDICATEURS POR LA SURVEILLANCE CONTINUE DES PROGRÈS RÉALISÉS DANS LA VOIE DE LA SANTÉ POR TOUS D'ICI L'AN 2000 - OMS (1981) - GENÈVE.
- GLOSSÁRIO DE TERMOS UTILIZADOS NA SÉRIE "SAÚDE PARA TODOS" - O.M.S. (1984) - GENEBRA.
- GUIA DE PLANIFICAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E AVALIAÇÃO PARA CENTROS DE SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1984 (MAPUTO).
- APONTAMENTOS DE ESTATÍSTICA SANITÁRIA E HOSPITALAR - MARTINS, H.F.B. - MAIO, 1985 (MAPUTO).
- "SISTEMAS DE INFORMAÇÃO", (3ª ED.) IVO SOARES MELO, EDITORA SARAIVA, S.PAULO, (BRASIL) 1987.
- MANUAL DE INSTRUMENTOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE - DIRECÇÃO NACIONAL DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO - DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE - 1992 (MAPUTO).
- "CLASSIFICATION STATISTIQUE INTERNATIONALE DES MALADIES ET DES PROBLÈMES DE SANTÉ CONNEXES" (DIXIÈME RÉVISION) - VOL 1 OMS, (1993), GENEBRA, SUIÇA.
- SYSTÈMES D'INFORMATION POUR LA GESTION DES PROGRAMMES SANITAIRES NATIONAUX - M. MBUYA MUTOMBO
- CAHIERS TECHNIQUES AFRO N° 19, 1994
- "L'INFORMATION À L'APPUI DE LA NOUVELLE ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE AU NIVEAU DU DISTRICT" (RAPPORT D'UN COMITÉ D'EXPERTS), OMS, GENEBRA, SUIÇA (1994), (SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES, 845).
- "FROM DATA TO DECISION MAKING IN HEALTH - THE EVOLUTION OF A HEALTH MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM " -BRUCE CAMPBEL; S.ADJEI & ARTHUR HEYWOOD -ROYAL TROPICAL INSTITUTE, AMSTERDAM, THE NEDERLANDS, 1996.





AGRADECIMENTOS

VÁRIAS FORAM AS PESSOAS QUE, DIRECTA OU INDIRECTAMENTE COLABORARAM PARA QUE ESTE MANUAL SE TORNASSE REALIDADE.

COM EFEITO, ESTE TRABALHO APENAS FOI POSSÍVEL GRAÇAS À CONTRIBUIÇÃO DIRECTA OU INDIRECTA ATRAVÉS DE IDEIAS, VIVÊNCIAS, ENCORAJAMENTO, SUGESTÕES E TRABALHO EFECTIVO.

ASSIM, OS AUTORES EXPRESSAM O SEU PROFUNDO RECONHECIMENTO E GRATIDÃO A TODOS QUANTOS DESINTERESSADAMENTE AJUDARAM A CONCRETIZAR ESTE TRABALHO.

NÃO SENDO POSSÍVEL AGRADECER A TODOS, DESEJAMOS, PORÉM REGISTRAR OS NOSSOS AGRADECIMENTOS A
QUE REUNIU E PREPAROU MUITO DO MATERIAL DE PESQUISA.

... AGRADECER A, QUE EM VÁRIAS OPORTUNIDADES, FEZ COMENTÁRIOS E OBSERVAÇÕES QUE MELHORARAM A APRESENTAÇÃO E O CONTEÚDO ...

... PELA SUA DESINTERESSADA COLABORAÇÃO NA REVISÃO E CORRECÇÃO DAS VERSÕES PRÉVIAS.

DESEJAM TAMBÉM AGRADECER

E, FINALMENTE, QUEREM EXPRESSAR O SEU RECONHECIMENTO A TODOS OS COLEGAS E EM GERAL A TODO O PESSOAL QUE INTEGRA A DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE POR PROPORCIONAR A CAMARADAGEM E AMBIENTE ADEQUADO E TÃO NECESSÁRIO PARA EMPREENDER SERIAMENTE QUALQUER TRABALHO INTELECTUAL.

FICHA TÉCNICA:

TÍTULO: "MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA O SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE
- NÍVEL PROVINCIAL : COMO UTILIZAR O SIS PARA TOMAR DECISÕES NA
PROGRAMAÇÃO, GESTÃO E AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE
SAÚDE".

EDIÇÃO: MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO NACIONAL DE PLANIFICAÇÃO E COOPERAÇÃO /
DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE
CAIXA POSTAL: 264 TEL.: 427131/4 TELEFAX: 258 (1) 32103
MAPUTO (REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE)

AUTORES: ANTÓNIO VASCO SITÓI
ROBERTO GNESOTTO
ÂNGELA BROWN

COMPOSIÇÃO: ANTÓNIO VASCO SITÓI

ILUSTRAÇÕES: ANTÓNIO VASCO SITÓI

IMPRESSÃO: CENTRAL IMPRESSORA - MINISTÉRIO DA SAÚDE

CAPA: ANTÓNIO VASCO SITÓI

