

GUIA CURRICULAR
CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE
MÓDULO II

Território

**Unidade 2: A informação como subsídio para a
tomada de decisão e as ações de vigilância em
saúde e atenção primária**

MANUAL DO ALUNO



Belo Horizonte, 2013.

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Av. Augusto de Lima, 2.061 – Barro Preto/BH – MG
CEP: 30190-002

Unidade Geraldo Campos Valadão

Rua Uberaba, 780 – Barro Preto/BH – MG
CEP: 30180-080

www.esp.mg.gov.br

Coordenador Núcleo de Educação Profissional em Saúde

João André Tavares Álvares da Silva

Coordenadora do Curso

Juliana Marques Fernandes Costa Teixeira

Elaboração / Conteudista

Janaína Fonseca Almeida

Colaborador

Cristiano Martins da Cruz

Referências Técnicas

Juliana Marques Fernandes Costa Teixeira

Equipe Pedagógica

Érica Menezes dos Reis
Fabiana Gonçalves Santos Costa
Jomara Aparecida Trant de Miranda
Juracy Xavier de Oliveira
Roberta Moriya Vaz

Editor Responsável

Harrison Miranda

Diagramação

ESP-MG/ASCOM

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Rodovia Prefeito Américo Giannetti, s/nº
Bairro Serra Verde
Edifício Minas - 12º andar - Cidade Administrativa de
Minas Gerais
www.saude.mg.gov.br

Ministério da Saúde**Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**

Esplanada dos Ministérios Edifício Sede, Bloco G, sala 751-
Zona Cívica - Administrativa - Brasília - DF
CEP: 70058-900
e-mail:degerts@saude.gov.br

Impressão: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais

M663c

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública

Curso técnico em vigilância em saúde: módulo II : território: unidade II: a
informação como subsídio para tomada de decisão e as ações de vigilância em
saúde/atenção primária: guia do aluno./ Escola de Saúde Pública do Estado de
Minas Gerais. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2013.

78 p.

ISBN: 978-85-62047-75-6

1. Política de Saúde. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Vigilância em Saúde
I. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. II. Título

NLM WA 525

Atividade 1 – Apresentação	05
Atividade 2 – Relato da Dispersão	05
Atividade 3 – Diagnóstico	05
Atividade 4 – O Sistema de Informação e Saúde	05
Texto para leitura – O Sistema de Informação e Saúde	06
Atividade 5 – Informativo.....	10
Texto para leitura – Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em Saúde	10
Atividade 6 – Os principais sistemas de informação para o trabalho da Vigilância em Saúde – Parte 1	17
Texto para leitura – Os principais sistemas de informação para o trabalho da Vigilância em Saúde	18
Atividade 7 – Os principais sistemas de informação para o trabalho da Vigilância em Saúde – Parte 2	25
Texto de apoio – Os sistemas de informações complementares	27
Atividade 8 – Sistema de informação e o trabalho do Técnico em Vigilância em Saúde	28
Atividade 9 – Comunicação na Vigilância em Saúde	28
Atividade 10 – Dinâmica.....	28
Atividade 11 – Conceito de Vigilância da situação de Saúde.....	29
Texto para leitura – Conceituando Vigilância da situação de Saúde.....	29
Atividade 12 – A informação na Vigilância em Saúde e na Atenção Primária	31
Atividade 13 – Instâncias governamentais e os sistemas de informação em Saúde	32
Texto para leitura – Uma análise crítica do funcionamento dos SIS em nível federal, estadual e municipal no Brasil	32
Atividade 14 – DATASUS	34
Texto de apoio – Entendendo o DATASUS	34
Atividade 15 – Dinâmica	35
Atividade 16 – Entendendo a utilização dos sistemas de informação em Saúde na prática do serviço – Município de Araras – Parte 1	35
Texto de apoio – Município de Araras	36
Atividade 17 – Entendendo a utilização dos sistemas de informação em Saúde na prática do serviço – Município de Araras – Parte 2	37
Atividade 18 – Principais atores da utilização dos sistemas de informação em Saúde	39
Texto para leitura – O uso da informação pelo usuário, pelo profissional de saúde e pelo gestor	39
Atividade 19 – Dinâmica.....	40
Atividade 20 – Análise de situação em Saúde DATASUS – Parte 1	41
Atividade 21 - Análise de situação em Saúde DATASUS – Parte 2	42
Atividade 22 – Sistemas de informação: entraves que dificultam a qualidade dos dados	43
Texto para leitura – Cobertura e completude dos registros nos principais sistemas de informações em Saúde no Brasil	44
Atividade 23 – Estudo de caso: Município de Gaivotas	47
Texto para leitura – Estudo de caso: Sistema de informação sobre mortalidade (SIM) no município de Gaivotas	49
Atividade 24 – O impacto dos sistemas de informação para a população e sua utilização na mídia.....	51
Atividade 25 – Avaliação	54
Referências	55
 Atividades de Dispersão – Módulo II – Unidade 2	57
Atividade 1 – Realizando uma análise de situação de saúde do seu município	57
Texto de apoio – O contexto do DATASUS	57
Atividade 2	64
Texto de apoio – Sigilo das informações.....	64
Atividade 3	67
Atividade 4	68

Texto de apoio – Influenza – Síndrome Respiratória Aguda Grave e Síndrome Gripal	70
Atividade 5	72
Texto de apoio – Diretrizes de integração entre Atenção Primária à Saúde (APS) e Vigilância em Saúde (VS)	72
Estudo de caso – Surto de dengue no município de Nova Caridade	76

ATIVIDADE 1

APRESENTAÇÃO

Tempo Estimado: 30 minutos



- Momento reservado para o docente se apresentar para a turma.

ATIVIDADE 2

RELATO DA DISPERSÃO

Tempo Estimado: 1 hora



Objetivo

- Socializar com a turma as atividades realizadas na dispersão da unidade 1 do módulo II .

Material

- Nenhum

ATIVIDADE 3

DIAGNÓSTICO

Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos



Objetivo

- Verificar e valorizar os conhecimentos prévios dos alunos em relação ao tema Sistema de informação em Saúde.

Material

- Papel A4

Responda às perguntas abaixo

- Qual a importância da informação para o Sistema Único de Saúde (SUS)?
- O que você entende por Sistema de Informação em Saúde (SIS)? Elabore um conceito.
- Qual a importância do SIS para a melhoria da qualidade da Saúde da população?
- Qual a importância da Informação no trabalho do técnico em Vigilância em Saúde?
- O que você gostaria de saber sobre este tema e quais são suas dúvidas?
- Pedir que alunos voluntários respondam em plenária.

ATIVIDADE 4

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Tempo Estimado: 3 horas



Objetivos

- Compreender o histórico, conceito, funções e importância da informação em saúde.

- Organizar e gerir o processo de trabalho da Vigilância em Saúde utilizando dados e informações para identificar e intervir em situações de risco, de vulnerabilidade e de sustentabilidade de grupos populacionais e ambientes, conforme protocolos estabelecidos pela União, Estados e Municípios.
- Articular população, trabalhadores e serviços de saúde e de outras áreas do território de referência para programar ações e intervenções intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde..

Material

- Texto: *O Sistema de Informação em Saúde*



TEXTO PARA LEITURA

O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Janaina Fonseca Almeida ¹

O termo informação, segundo o dicionário Houaiss (2008), tem, entre outros significados, os seguintes: a) comunicação ou recepção de um conhecimento ou juízo; b) o conhecimento obtido por meio de investigação ou instrução; esclarecimento, explicação, indicação, comunicação, informe; c) acontecimento ou fato de interesse geral tornado do conhecimento público ao ser divulgado pelos meios de comunicação; notícia; d) conjunto de atividades que têm por objetivo a coleta, o tratamento e a difusão de notícias junto ao público; e e) conjunto de conhecimentos reunidos sobre determinado assunto. Além dessas, na rubrica informática, encontramos: mensagem suscetível de ser tratada pelos meios informáticos; conteúdo dessa mensagem; interpretação ou significado dos dados; e, ainda, produto do processamento de dados. No que se refere à etimologia, o termo informação origina-se do latim *informātiōnis* que significa “ação de formar, de fazer, fabricação; esboço, desenho, plano; idéia, concepção; formação, forma” (HOUAISS, 2008). Portanto, é intrínseco à informação o potencial de fabricação, desenho (projeto) ou concepção de algo.

Para refletir sobre a expressão ‘Informação em Saúde’, podemos nos remeter à necessidade existente, desde a antiguidade, do ser humano comunicar algo a alguém (ou a alguma coletividade) sobre sua própria saúde ou sobre a saúde de alguém (ou de algum grupo de pessoas) a ele relacionado. Segundo Moreno, Coeli e Munk (2009), podemos inferir que não é tarefa fácil demarcar o início do uso dessa terminologia no campo da saúde. Mas, certamente, é a partir do século XIX, período que marca o recrudescimento dos estudos em epidemiologia, que a necessidade de comunicar questões relacionadas à saúde das populações se torna

a grande alavanca para a disseminação das informações em saúde. Quase que concomitantemente, a estatística do final desse século XIX e início do século XX, inspiradora de estudiosos como Benthan, Price, Laplace, Galton (ROSEN apud MORENO, COELI E MUNK, 1994) pode ser vista, também, como um ponto de partida importante para a geração de informações em saúde de forma agregada e com foco na prevenção. Pode-se partir, portanto, para as primeiras peças da informação em saúde, compostas pelas Estatísticas Vitais, pelas Tábuas de Sobrevida, enfim, por instrumentos de previsão e inferência de estados de saúde a partir do status atual de um grupo de pessoas em determinado contexto de saúde.

Como marcos históricos, para tanto, tem-se, no século XVII, na Alemanha, o surgimento da chamada ‘topografia política ou uma descrição das condições atuais do país’, proposta por Leibniz, em cuja descrição deveriam constar: o número de cidades (maiores e menores) e de aldeias; a população total e a área do país em acres; a enumeração de soldados, mercadores, artesãos e diaristas; as informações sobre as relações entre os ofícios; o número de mortes e das causas de morte (ROSEN apud MORENO, COELI E MUNK, 1980). Em decorrência dessa e de outras ações semelhantes, surgiram os inquéritos de morbidade e as estatísticas dos serviços de saúde. Quando observamos o célebre estudo sobre o cólera realizado por Snow (conforme aprendemos na unidade anterior), é impossível negar o uso das informações em saúde constantes dos mapas de ponto e do raciocínio epidemiológico no controle desta doença, já no século XIX.

¹ Enfermeira. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Coordenadora Estadual de Doenças e Agravos Transmissíveis. Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. Especialista em Qualidade nos Serviços de Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

Destaca-se também o papel fundamental do desenvolvimento das ciências da computação, no século XX, e, portanto, da informática como instrumental necessário e multiplicador tanto das metodologias estatísticas quanto das informações em saúde. Esse desenvolvimento tecnológico tem papel crucial em inovações intrínsecas à área da saúde, tais como: a disseminação e facilitação da acessibilidade às bases de dados em saúde; o surgimento e a propagação da informática médica; a concepção e a implementação do prontuário eletrônico do paciente, entre outros.

As prerrogativas legais hoje vigentes no setor saúde determinam a descentralização e a participação popular como diretrizes de atuação político-administrativa que devem ser acatadas pelas três instâncias de governo. Os municípios são reconhecidos como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região. Para tanto, a produção, gerenciamento e divulgação de informação são elementos estratégicos que podem servir tanto para o fortalecimento dos objetivos e ações estatais quanto para a eficácia e oportunidade das ações de controle social, ou seja, da participação da comunidade. Dessa forma, o processo de descentralização não deve restringir-se a ações e serviços de saúde, mas contemplar também a descentralização da informação, elemento imprescindível à busca de maior independência municipal. (BRANCO, 1996). A finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. Assim, as informações em saúde devem abranger as relativas ao processo saúde/doença e as de caráter administrativo, todas essenciais ao processo de tomada de decisão no setor.

Conceitualmente, o **Sistema de Informação em Saúde (SIS)** pode ser entendido como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos para a saúde, avaliar a eficácia, eficiência e influência que os serviços prestados possam ter no estado de saúde da população, além de contribuir para a produção de conhecimento acerca da saúde e dos assuntos a ela ligados (WHITE apud BRANCO, 1980).

Ao se realizar o diagnóstico da situação de saúde e condições de vida, o principal objetivo é saber como vive, adoece e morre a população em determinados

lugares e situações. O diagnóstico facilita a identificação de problemas e necessidades a serem enfrentadas e revela potencialidades locais, por meio da análise do que determina e condiciona cada situação. Todas as informações deverão auxiliar a equipe de saúde, os gestores e a população a encontrar, juntos, soluções adequadas que possam melhorar as condições de vida e saúde locais. Fica claro, então, que o reconhecimento de um cenário sanitário – da situação de saúde – é apenas parte de um processo que envolve a reunião de informações para a tomada de decisão e desencadeamento de ações (FONSECA, 2007).

A informação é um instrumento essencial para a tomada de decisões. Nessa perspectiva, representa uma ferramenta imprescindível à Vigilância em Saúde, por se constituir no fator desencadeador do processo **“informação-decisão-ação”**, tríade que sintetiza a dinâmica de suas atividades que, como se sabe, devem ser iniciadas a partir da informação de um indício ou suspeita de caso de alguma doença ou agravamento.

Dado – é definido como “um valor quantitativo referente a um fato ou circunstância”, ou “o número bruto que ainda não sofreu qualquer espécie de tratamento estatístico”, ou, ainda, “a matéria-prima da produção de informação”.

Informação – é entendida como “o conhecimento obtido a partir dos dados”, ou “o dado trabalhado”, ou “o resultado da análise e combinação de vários dados”, o que implica em interpretação, por parte do usuário. É “uma descrição de uma situação real, associada a um referencial explicativo sistemático”. (BRASIL, 2009).

Conhecimento - é o conjunto de ferramentas conceituais e categorias usadas pelos seres humanos para criar, colecionar, armazenar e compartilhar a informação. Percebe-se, então, que o conhecimento deriva da informação (LAUDON & LAUDON, 1999). Nesse sentido, o conhecimento não pode ser descrito; o que se descreve é a informação. Também não depende apenas de uma interpretação pessoal, como a informação, pois requer uma vivência do objeto do conhecimento. Assim, o conhecimento está no âmbito puramente subjetivo do homem ou do animal.

O QUE DEVEMOS SEMPRE TER EM MENTE É QUE O DADO INDIVIDUAL, SEM A ANÁLISE E A CONSTITUIÇÃO DA INFORMAÇÃO, É APENAS UM DADO, OU SEJA, NÃO GERA NENHUMA AÇÃO OU MUDANÇA.

Tabela 1: Principais fontes de dados e suas características:

Fonte de dado	Meios de obtenção	Características	Exemplos
Dados de morbidade	Notificação	- Processo passivo - Menor custo - Pouco eficaz (baixa cobertura)	Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)
	Busca ativa de casos	Processo ativo de obtenção da informação diretamente de onde os casos são gerados.	- Consulta a registros hospitalares e ambulatoriais. - Pesquisa na própria comunidade
Dados de mortalidade	Preenchimento da Declaração de Óbito (DO)	- Pouca agilidade no processamento de dados. - Sub-registro e subnotificação. - Acentuado número de óbitos por causa mal-definida. - Preenchimento inadequado de diversos campos da DO.	- SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade). - Pesquisa na própria comunidade.

Tabela 1: Principais fontes de dados e suas características: (Continuação)

Fontes especiais de dados	Estudos epidemiológicos	- Inquérito Epidemiológico - Estudo seccional, geralmente do tipo amostral - Levantamento epidemiológico (destinado à coleta de dados para complementação de informações já existentes).	- VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
---------------------------	-------------------------	--	---

Fonte: Adaptação a partir de ANDRADE & SOARES, 2001.

Tabela 2: Tipos de dados e suas características

Tipos de dados	Características	Exemplo
Dados primários ou de fonte primária	São os dados levantados diretamente na população pesquisada.	Coleta de sangue diretamente da população alvo para verificação da prevalência de anemia ferropriva.
Dados secundários ou de fontes secundárias	São os dados já existentes (arquivados, registrados, processados, publicados).	Casos de sarampo registrados pelo serviço de saúde municipal.

Fonte: Adaptação a partir de ANDRADE & SOARES, 2001.

Tabela 3: Tipos de dados conforme a periodicidade da coleta

Tipos de dados conforme a periodicidade da coleta	Características	Exemplo
Contínuos	Quando os dados são registrados à medida que ocorrem	Óbitos, nascimentos, casamentos, doenças de notificação compulsória.
Periódicos	São aqueles dados que são coletados com periodicidade definida.	Recenseamento da população pelo IBGE, que é realizado, em geral, a cada 10 anos.
Ocasionais	São coletados sem a preocupação de continuidade ou periodicidade definida de acordo com necessidades específicas de levantamento de situações.	Pesquisas acadêmicas com fins específicos, inquéritos domiciliares, Pesquisas por Amostragem de Domicílios (PNAD/MG/Fundação João Pinheiro).

Fonte: Adaptação a partir de ANDRADE & SOARES, 2001.

Segundo Brasil (2009), não se deve perder de vista que a informação em saúde é a base para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. São também

de interesse dados/informações produzidos extra setorialmente, cabendo aos gestores do sistema de saúde a articulação com os diversos órgãos que os produzem, de modo a complementar e estabelecer um fluxo regular de informação em cada nível do setor.



No Brasil, tradicionalmente, a produção e utilização da informação em saúde, dando origem a diagnósticos sobre a situação sanitária de cada município, quase sempre foram realizadas pelos governos federal ou estadual, sem participação local. As administrações municipais foram ficando atrofiadas nesta e em outras dimensões de sua capacidade técnica, todas fundamentais como subsídio ao processo de planejamento em saúde (BRASIL, 2009). Contudo, a própria Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990) prevê, como competência e atribuição comuns à União, Estados e Municípios, a organização e coordenação do sistema de informação em saúde. Ao município é atribuído, portanto, juridicamente, um papel bem mais amplo do que o de mero coletor de dados. Espera-se que ele seja capaz de produzir, organizar e coordenar a informação em saúde de sua região.

Os gestores de saúde locais têm começado a procurar por dados que os guiem na meta de atividades que eles devem executar para melhorar a saúde de suas populações. O município parte, então, para a tentativa de criar sistemas de informação que dêem conta do que entende como especificidades locais, quer sejam políticas, administrativas, técnicas ou sanitárias (BRANCO, 1995). De acordo com White (1980), os municípios possuem inúmeras vantagens em relação ao nível central, uma vez que são eles a fonte da maior parte dos dados, portanto, o dado municipal é considerado o mais atualizado. De posse dos dados que geram informação, os gestores estabelecem suas prioridades e também a alocação de recursos em seu território. Uma vez que a informação é essencial para a decisão, é fácil verificar que características da informação têm grande impacto na qualidade da decisão (entendido aqui como um bom desfecho para as ações tomadas).

Oportunidade, atualidade, disponibilidade e cobertura são características que determinam a qualidade da informação e são fundamentais para que todo Sistema

de Informação apresente um bom desempenho. Eles devem captar, o mais precocemente possível, as alterações que podem ocorrer no perfil de morbimortalidade de uma área e, também, na organização e cobertura das atividades desenvolvidas pela vigilância em saúde.

Em síntese, um Sistema de Informação deve disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, as decisões e as ações dos gestores, em um determinado nível decisório (municipal, estadual e federal), não sejam baseados em dados subjetivos, em conhecimentos ultrapassados ou em hipóteses.

O SIS é parte dos sistemas de saúde e, como tal, integra suas estruturas organizacionais e contribui para sua missão. É constituído por vários subsistemas e tem, como propósito geral, facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões. Assim, deve contar com os requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, ao registro, ao processamento, à análise, à apresentação e à difusão de dados e geração de informações. (BRASIL, 2009). Um dos objetivos básicos do Sistema de Informação em Saúde, na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, tomando como referencial microrregiões homogêneas e considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença. O nível local tem, então, a responsabilidade, não apenas com a alimentação dos sistemas de informações em saúde, mas também com a sua organização e gestão. Desse modo, outro aspecto de particular importância é a concepção do sistema de informação, que deve ser hierarquizado, no qual o fluxo ascendente de variáveis ocorra de modo inversamente proporcional à agregação geográfica, ou seja, no nível local deve se dispor de maior número de variáveis, para as análises epidemiológicas.

Figura 1: Fluxo de informações de saúde entre as três esferas de governo.



Fonte: BRASIL, 2009.

Felizmente, nos dias atuais, os recursos do processamento eletrônico disponíveis estão sendo amplamente utilizados pelos sistemas de informação em saúde, aumentando a sua eficiência, na medida em

que possibilitam a obtenção e o processamento de um volume de dados cada vez maior, além de permitirem a articulação, entre diferentes subsistemas.



ATIVIDADE 5

INFORMATIVO

Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos

Objetivos

- Conhecer a abrangência das ações de vigilância em saúde.
- Refletir sobre a elaboração de material para a comunicação em saúde.

Materiais

- Revistas, cartolina e pincel atômico.
- Artigo impresso: Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde².
- Cartazes em A3 (Dengue e Esquistossomose). O docente deverá levar os cartazes.



TEXTO PARA LEITURA

COMUNICAÇÃO ESCRITA: CONTRIBUIÇÃO PARA A ELABORAÇÃO DE MATERIAL EDUCATIVO EM SAÚDE³

Maria de Fátima Moreira⁴

Maria Miriam Lima da Nóbrega⁵

Maria Iracema Tabosa da Silva⁶

Resumo

A comunicação é uma ferramenta indispensável no contexto da assistência, sendo a forma escrita amplamente utilizada nas atividades educativas em

saúde. Este artigo descreve aspectos relacionados com a linguagem, ilustração e layout que o profissional de saúde deve considerar para elaborar material educativo impresso de modo a torná-lo legível, compreensível, eficaz e culturalmente

² MOREIRA, M.F; NÓBREGA, M.M.L; SILVA, M.I.T. Comunicação escrita: Contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2003, mar/abr; vol. 56, n.2, pp. 184-188. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a15v56n2.pdf>> Acesso em 08 julho 2013.

relevante. Considerando-se a grande contribuição do material escrito no contexto da educação em saúde e o papel desses recursos para se promover saúde, prevenir doenças, desenvolver habilidades, favorecer a autonomia do paciente, conclui-se que é importante criar, desenvolver e produzir um material de qualidade que alcance os objetivos do atendimento das necessidades do paciente.

Descritores: comunicação; comunicação escrita; educação em saúde; material educativo.

Abstract

Communication is an indispensable tool in the context of the assistance; the written form is widely used in the educational activities in health. This article describes aspects related to the language, illustrations and layout that health professionals should consider when elaborating educational printed material, in order to make it legible, understandable, efficient and culturally relevant. Considering the great contribution of written material in the context of education in health and the role of these resources to promote health, to prevent illnesses, to develop skills, to favor patient's autonomy, one concludes that it is important to create, to develop and to produce qualified material which can the patient's needs.

Descriptors: communication; written communication; health education; printed educational materials

Title: Written communication: contribution for the elaboration of educational material in health

Resumen

La comunicación es una herramienta indispensable en el contexto de la asistencia y su forma escrita es ampliamente utilizada en las actividades educativas en salud. El artículo describe aspectos relacionados al lenguaje, ilustración y lay-out que el profesional de salud debe considerar para elaborar un material educativo impreso, de modo a que sea legible, comprensible, eficaz y culturalmente relevante. Si se considera la gran contribución del material escrito en el contexto de la educación en salud y el papel de dichos recursos para promover la salud, prevenir enfermedades, desarrollar habilidades y favorecer la autonomía del paciente, se concluye que es importante crear, desarrollar y producir un material de calidad que logre los objetivos para atender las necesidades del paciente.

Descriptores: comunicación; comunicación escrita; educación en salud; material educativo

Título: Comunicación escrita: contribución para elaborar material educativo en salud

Introdução

A comunicação é um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá o intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio e longo prazo⁽¹⁾. A comunicação pode ser verbal e não verbal. A verbal refere-se ao uso da linguagem falada e da escrita; a não verbal expressa-se através da postura, dos gestos, da expressão facial, do tom de voz, do afeto, contato visual⁽²⁾.

O processo da comunicação é aprendido e pode ser influenciado por atitudes, experiências, conhecimento, características culturais e étnicas, habilidades de relacionamento pessoal e fatores ambientais⁽³⁾. O Ato de comunicar-se compreende, não apenas o movimento linear de uma fonte ao receptor, mas o processo de partilha de idéias, atitudes e emoções⁽⁴⁾. O objetivo do processo de comunicação é a transmissão de uma mensagem que é constituída⁽⁵⁾ por seis elementos: emissor, receptor, mensagem, canal, código e referente.

É necessária a existência de, pelo menos, dois interlocutores, para que ocorra o intercâmbio verbal. Não há emissor sem receptor e o código é o meio pelo qual o receptor compreende a mensagem. Assim sendo, para ser eficaz

a mensagem requer um CONTEXTO a que se refere (...), apreensível pelo destinatário, e que seja verbal ou suscetível de verbalização; um CÓDIGO total ou parcialmente comum ao remetente ao destinatário (...); e, finalmente, um CONTACTO, um canal físico uma conexão psicológica entre remetente e o destinatário, que os capacite a entrar e permanecer em comunicação (grifos do autor) (5:123).

Comunicação em saúde

Comunicação em saúde é o estudo e o uso de métodos para informar e influenciar as decisões individuais e coletivas que melhoram a saúde. A eficácia dos programas de educação em saúde dependem da

³ Trabalho desenvolvido na Disciplina Enfermagem na atenção à saúde mental, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do CCS/UFPB.

⁴ Enfermeira do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, Mestre em Enfermagem, pela da Universidade Federal da Paraíba.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do CNPq.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EERP/USP. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e Administração, da Universidade Federal da Paraíba.

correta comunicação da mensagem, da base científica da mesma, e deve estar relacionada com a credibilidade da fonte e com o uso de canais familiares, para alcance do público alvo(6). A comunicação em saúde tem-se tornando uma ferramenta de promoção de saúde, pois tem a capacidade de aumentar o conhecimento e a consciência das questões, problemas e soluções de saúde; influenciar percepções, crenças, atitudes e normas sociais; demonstrar habilidades; mostrar os benefícios da mudança de comportamento; aumentar demandas de serviços de saúde; reforçar conhecimentos, atitudes e mudanças de comportamento; refutar mitos e concepções erradas; defender questões de saúde ou grupos populacionais; superar barreiras e problemas sistêmicos(7).

A mensagem poderá ser formada de material impresso ou de recurso áudio-visual e ser veiculada por vários meios: comunicação de massa (TV, rádio, revista, jornais, Internet), meios ligados à cultura popular (teatro de bonecos, canções populares, contadores de histórias) e através da relação interpessoal.

Para o enfermeiro, profissional que acompanha o ser humano, em todo o seu ciclo vital, a comunicação representa uma das principais ferramentas de trabalho, indispensável à assistência, em todas as áreas de atuação(1), exigindo dele amplo conhecimento e extrema habilidade com crianças, pacientes terminais e com transtornos mentais, com idosos, pacientes analfabetos ou com baixo grau de escolaridade, de culturas diferentes(8) e com portadores de deficiência (auditiva ou visual).

Nesse contexto, o enfermeiro ou outro profissional de saúde, que lida com educação em saúde tem uma função de escolher, selecionar e preparar a mensagem e determinar seu melhor veículo de comunicação, de modo a possibilitar efetiva comunicação e assegurar uma assistência que atenda às necessidades do paciente, pois,

se a comunicação falha, as necessidades do paciente podem permanecer desconhecidas, seu processo de socialização é interrompido e a aderência pode diminuir(...). Por outro lado, o paciente tem necessidade de apoio, reconhecimento e entendimento, que demandam comunicação efetiva(12:95).

Um material bem escrito ou uma informação de fácil entendimento melhora o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolve suas atitudes e habilidades, facilita-lhes a autonomia, promove sua adesão, torna-os capazes de entender como as próprias ações influenciam seu padrão de saúde, favorece sua tomada de decisão. É, portanto, uma forma de promover saúde. Nesse sentido, os

educadores de saúde devem ter em mente que, para que as mensagens relacionadas com a saúde sejam eficazmente comunicadas, elas devem ser bem planejadas, precisas, relevantes, bem entendidas(10).

A educação do paciente e a comunicação escrita

A comunicação e a educação estão intrinsecamente ligadas, pois mesmo independentes, possuem objetivos comuns para o atendimento das necessidades essenciais de comunicação e aprendizagem do ser humano. No contexto da saúde essa relação se expressa: “por meio da aprendizagem, o ser humano adquire conhecimentos, habilidades e atitudes e desenvolve diferentes formas e graus de receber e responder as mensagens de saúde”(11:33). Por outro lado, a capacidade de comunicação entre emissor e receptor determinará o grau de aproveitamento da mensagem.

A relação comunicação-educação é bem evidente na intervenção terapêutica das doenças crônicas cujo resultado depende não só de medicamentos, mas está “relacionada diretamente à forma como os pacientes têm sido informados sobre sua doença e como são capazes de dominar as várias habilidades necessárias ao tratamento” (12:11).

O processo de aquisição, aproveitamento e aprofundamento de conhecimentos, de domínio de habilidades e de tomada de decisão é facilitado entre outros recursos, pela utilização de material impresso. Assim sendo, para esse processo, o material escrito tem tripla função: de reforçar as informações e discussões orais, de servir como guia de orientações para casos de dúvidas posteriores e auxiliar nas tomadas de decisões. Tais funções podem interferir na aderência ao tratamento, uma vez que muitos pacientes, que têm dificuldade para ler e entender um material escrito, sentem-se desencorajados para continuar o tratamento e podem inferir que tal dificuldade também se aplica às possíveis ações propostas no texto.

Reconhecidamente, o material educativo impresso é amplamente utilizado para se veicular mensagens de saúde e para se facilitar o processo ensino-aprendizagem, embora haja algumas restrições ou limitações em seu uso. Em geral, essas limitações são decorrentes de dificuldades de leitura, em decorrência da inadequação do material, das características do leitor, principalmente de seu grau de escolaridade.

Cerca de 30% da população adulta mundial não é capaz de ler e escrever, e nos países pobres, mais de 50% da população adulta é analfabeta(13). O problema do analfabetismo é praticamente inexistente nos países desenvolvidos, embora haja um número significativo de pessoas que

apresentam algum grau de dificuldade para a leitura, principalmente entre a população idosa e adulta. No Brasil, tanto a baixa escolaridade, quanto o analfabetismo são problemas relevantes. Dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP(14) mostram que, em 1997, a taxa de analfabetismo da população acima de 15 anos era de 14,7%, atingindo 31,6% da população na faixa acima de 50 anos. Esse problema reflete as características demográficas relacionadas com a escolaridade da clientela dos serviços de saúde.

As pessoas sem ou com escolaridade e/ou habilidade de leitura reduzida podem desfrutar das vantagens do material escrito, desde que, no processo de planejamento, se considerem mecanismos para a redução das barreiras de compreensão da mensagem e técnicas que favoreçam a motivação do paciente para iniciar e manter o interesse pelo material educativo. Uma linguagem simples e/ou o uso de recursos pictográficos, que comuniquem uma mensagem culturalmente adequada, podem minimizar as barreiras da comunicação, tornando-a mais eficiente e de maior alcance.

No Brasil, apesar do grande número de analfabetos e de pessoas com pouca escolaridade, há predominância de material educativo para pacientes, na forma impressa, mas, praticamente inexistem estudos avaliando a qualidade desse material quanto à legibilidade, ao apelo visual ou ao nível de leitura. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde devem ter em mente que um material educativo deve ser adequadamente planejado, avaliado, produzido para atender a uma real necessidade do paciente e apresentado de uma forma adequada às características do mesmo.

A comunicação escrita

O material escrito é um instrumento que facilita o processo educativo uma vez que permite ao leitor, destinatário da comunicação, uma leitura posterior possibilitando-lhe a superação de eventuais dificuldades, através do processo de decodificação e de memorização(15). O vocabulário utilizado deve ser coerente com a mensagem e com o público alvo. Deve ainda ser convidativo, de fácil leitura e entendimento. Fatores como o uso freqüente de polissílabos, termos raros, terminologia técnica, palavras de formação complexa, estrutura complexa de sentenças dificultam a leitura, a legibilidade e a compreensão do texto. A elaboração de uma mensagem simples em que se pretenda eficácia e rapidez de compreensão e ampla difusão alguns fatores precisam ser observados: a nitidez e precisão dos caracteres; a separação clara entre palavras, linhas e parágrafos; as palavras devem ser curtas, conhecidas e de formação simples, pois as palavras longas exigem esforço de decodificação; as palavras novas e termos raros se

impõem com dificuldade e as palavras compostas dificultam a legibilidade; a redundância (repetição de palavras importantes) é um fator facilitador da compreensão; o texto deve ser estruturado de forma que as frases estejam nitidamente articuladas, as palavras gramaticalmente (inter)dependentes sejam colocadas próximas umas das outras, as palavras mais importantes para compreensão da mensagem sejam colocadas preferencialmente na primeira metade da frase ou proposição e a estrutura da frase seja conhecida evitando-se sintaxe rebuscada. Deve-se ainda, atentar para a quantidade de informação contida no material, considerando-se sempre que mais informação não significa melhor informação. (16)

Como todo meio de comunicação, a comunicação escrita tem suas vantagens e desvantagens. Entre as vantagens podem-se destacar o custo da produção por unidade que é relativamente baixo; o papel complementar eficaz de outros meios de comunicação; a confiança que se tem devido ao prestígio e seriedade do autor; a assimilação da mensagem que se dá no ritmo de aprendizagem individual, podendo-se ler tantas vezes quantas forem necessárias; a liberdade que o paciente tem para escolher o tempo e o local mais apropriado para a leitura. Como desvantagens, é impessoal, não podendo ter a mesma eficácia que a comunicação interpessoal, nem o mesmo valor social que os métodos de grupo; requer considerável esforço e dedicação para uma distribuição eficiente; apresenta dificuldades para se avaliar o seu impacto em decorrência da difusão massiva(15).

Elaboração de material educativo impresso para pacientes

Define-se material educativo impresso como folhetos, panfletos, folder, livreto cuja proposta é proporcionar informação sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, modalidades de tratamento e autocuidado(17). O material escrito para o paciente deve claramente comunicar a idéia, para assegurar-lhe o entendimento e evitar mal-entendidos que possam determinar conceitos e ações inapropriadas.

O preparo de material impresso ou material escrito é precedido de algumas etapas comuns ao processo de desenvolvimento de qualquer plano de comunicação em saúde: identificação do público alvo, a quem, a descrição e as informações detalhadas ajudarão no desenvolvimento de mensagens mais relevantes e na identificação dos canais mais apropriados para alcançá-lo, incluindo, tais informações, dados demográficos, características culturais, padrões comportamentais, status de saúde que podem ser conhecidas, utilizando-se vários métodos, como: revisão da literatura, observação, levantamentos, conversas informais com líderes ou membros da comunidade, entrevistas em profundidade e grupos focais(18); determinação da mensagem, associando-a aos objetivos (apenas informar, modificar atitudes,

desenvolver habilidade, encorajar tomada de decisão, adotar medidas preventivas) e à forma de apresentá-la; determinação do veículo para se comunicar a mensagem, através da escolha do melhor veículo e do melhor formato (no caso de material impresso: livro, folheto, folder).

A fim de se conferir certo equilíbrio ao material, deve-se estruturar a mensagem impressa em três partes assim distribuídas: introdução (5 a 10%), desenvolvimento (80% ou mais) e conclusão ou resumo (5 a 10%). A introdução deverá cumprir a função de orientar o leitor sobre o objetivo e o tema a ser desenvolvido e de motivá-lo. O desenvolvimento é a fase de argumentação sobre a importância de se adotar a prática ou o hábito recomendado. Os argumentos utilizados podem incluir: vantagens da prática/hábito para o indivíduo e comunidade; disponibilidade de elementos necessários e serviços adequados; recomendações profissionais de especialistas, de associações; evidências científicas.

Na conclusão deve-se repetir a mensagem principal para se facilitar à fixação(15).

Para a produção de material impresso, três aspectos devem ser considerados: linguagem, layout e ilustração(8,13,15,17- 24). Vale destacar a importância da ilustração (desenhos, imagens, fotografias, símbolos) para a legibilidade e compreensão de um texto. Sua função é atrair o leitor, despertar e manter seu interesse pela leitura, complementar e reforçar a informação. A ilustração deve permitir que as pessoas se identifiquem com a mesma. O layout e o design tornam o material mais fácil de se ler e mais atraente para o leitor.

Apresentaremos a seguir aspectos que devem ser considerados na elaboração do material educativo, relacionados a cada um desses itens segundo vários autores(8,13,15,17-24). Para facilitar a compreensão apresentaremos sob a forma de tópicos e subtópicos no Quadro 1.

Quadro 1- Aspectos da Linguagem, Ilustração e Layout que devem ser considerados na elaboração do material educativo em saúde.

LINGUAGEM
a) A credibilidade da mensagem - Comunicar uma mensagem de credibilidade que está relacionada com o autor e a fonte da mensagem, devendo ambos ser confiáveis e apropriados ao contexto sócio-econômico e cultural.
b) A apresentação da mensagem • Apresentar ao leitor 3 a 4 idéias principais por documento ou por secção. • Desenvolver uma idéia por vez, desenvolvendo-a completamente, para, depois, passar para uma seguinte, já que idas e vindas entre tópicos podem confundir o leitor. • Evitar listas longas, uma vez que os leitores, principalmente aqueles com pouca habilidade, geralmente esquecem itens de listas muito longas, sendo, por isso necessário à limitação a quatro ou cinco itens. • Declarar objetivamente a ação que é esperada do leitor. • Apresentar os conceitos e ações numa ordem lógica. • Clarificar idéias e conceitos abstratos com exemplos. • Incluir apenas as informações necessárias, para o leitor compreender e seguir a mensagem. • Destacar a ação positiva, dizendo ao leitor o que ele deve fazer e não o que ele não deve fazer. • Dizer aos leitores os benefícios que eles terão com a leitura do material.
c) A estrutura da frase e seleção das palavras • Usar, sempre que possível, palavras curtas. • Construir sentenças com 8 a 10 palavras e parágrafos com 3 a 5 sentenças. • Escrever como se estivesse conversando, pois o estilo conversacional é mais natural e mais fácil de ser lido e entendido • Usar a voz ativa. • Limitar o uso de jargão, termos técnicos e científicos. Se forem indispensáveis, explique-os em linguagem que o leitor possa entender. • Usar palavras com definições simples e familiares. • Usar analogias familiares ao público alvo. • Evitar abreviaturas, acrônimos e siglas.
d) Não discriminação das diferenças culturais e raciais • Identificar um grupo de pessoas pela raça ou etnia, através do termo adotado pelo mesmo. • Elaborar mensagens adequadas a cada grupo ou subgrupo cultural ou étnico.
e) Incluindo interação • Fazer perguntas curtas e deixar espaço para o leitor escrever as respostas. • Pedir ao leitor para fazer escolhas, circulando ou marcando a opção correta, entre várias apresentadas (com texto ou imagem). • Deixar espaço em branco no fim do material destinado a anotações de dúvidas, questionamentos e pontos importantes.
ILUSTRAÇÕES

a) Seleção da ilustração • Limitar o número de ilustrações para não sobrecarregar o material. • Selecionar ilustrações que ajudem a explicar ou enfatizar pontos e idéias importantes do texto. • Evitar ilustrações abstratas e que tenham apenas função decorativa no texto. • Evitar desenhos e figuras estilizadas. • Ilustrar a ação ou o comportamento esperado ao invés do que deve ser evitado. • Atentar para o fato de que as fotografias funcionam melhor para representar eventos da vida real, mostrar pessoas e comunicar emoções. • Utilizar desenhos de linhas simples, que funcionam melhor para ilustrar um procedimento. • Não usar caricatura para ilustrar partes do corpo ou itens relacionados com a saúde. • Usar ilustrações apropriadas ao leitor, evitando ilustrar material dirigido ao público adulto/idoso com motivos infanto-juvenis e vice-versa. • Quando usar ilustrações de órgãos internos do corpo ou de pequenos objetos, utilizar imagens realistas e colocá-las no contexto real. • Apresentar os pequenos objetos em ilustrações maiores para que os detalhes sejam visualizados, mas apresentar uma escala para compará-los com alguma coisa familiar à clientela. • Usar fotos e ilustrações de boa qualidade e alta definição. • Usar, com cautela, caricaturas. Elas são boas para comunicar humor, mas podem não ser entendidas por alguns leitores.
b) Ilustrações sensíveis e relevantes culturalmente • Usar imagens e símbolos familiares ao público alvo, que permitam as pessoas se identificar com a mensagem. • Usar, com cautela, símbolos e sinais pictográficos. Símbolos “universais” como sinal de pare, X e setas, por exemplo, podem não ser entendidos pelo público alvo • Considerar, nas ilustrações apresentadas, as características raciais e étnicas do público alvo. • Mostrar pessoas dos mais variados grupos, idades e etnias, se o material for para um público diverso.
c) Disposição das ilustrações • Dispor as ilustrações de modo fácil, para o leitor seguí-las e entendê-las. • Apresentar uma mensagem por ilustração. • Ilustrar apenas os pontos mais importantes a fim de evitar material muito denso • Colocar as ilustrações próximas aos textos aos quais elas se referem. • Usar legendas que incluam a mensagem chave. • Numerar as imagens, quando forem apresentadas em sequência. • Usar setas ou círculos para destacar informações-chave na ilustração.
LAYOUT E DESIGN
a) Fontes, cores e sombreamentos • Usar fonte 12, no mínimo. Se o material destina-se ao público adulto, usar, no mínimo, 14. • Usar fontes para os títulos, dois pontos maiores que as do texto. • Evitar textos apenas com fontes estilizadas e maiúsculas, pois dificultam a leitura. • Usar itálico, negrito e sublinhado apenas para os títulos ou para destaques. • Usar as cores com sensibilidade e cautela, para não supercolorir, deixando o material visualmente poluído • Impressão preta sobre fundo claro é mais fácil de se ler. • Impressão fosca (papel e tinta) melhora a legibilidade pela redução do brilho.
b) Capa de efeito atrativo • Fazer uma capa com imagens, cores e texto atrativos. • Mostrar a mensagem principal e o público alvo, na capa permitindo que o leitor capte a mensagem principal apenas por sua visualização.
c) Organização da mensagem para facilitar a ação desejada e a lembrança • Sinalizar adequadamente os tópicos e subtópicos, usando recursos, como títulos, subtítulos, negritos e marcadores. • Colocar, no início da frase ou da proposição, as palavras ou idéias-chave. • Apresentar uma idéia completa numa página ou nos dois lados da folha, pois, se o leitor tem que virar a página, no meio da mensagem, ele pode esquecer sua primeira parte. • Colocar a informação mais importante no início e no fim do documento. • Organizar as idéias no texto, na mesma sequência em que o público alvo irá usá-las. • Colocar a informação-chave numa caixa de texto, para facilitar a localização da informação na página.
d) Espaço em branco, margens e marcadores • Deixar no mínimo, 2,5 cm de espaço em branco nas margens da página e entre as colunas. • Limitar a quantidade de texto e imagens na página. • Usar títulos e subtítulos, deixando mais espaço acima que abaixo deles, para dar uma ligação mais forte

É importante destacar, que a fase de elaboração deve ser seguida da avaliação da versão preliminar do material, com a participação do público alvo destinatário da mensagem. Esse procedimento assegura o conhecimento da qualidade do material quanto à compreensão, aceitação da mensagem, adequação cultural, ao estilo, à apresentação, eficácia apontando para possíveis necessidades de reajustes e modificações. Procedimentos como entrevistas, aplicação de questionário e grupo focal, podem ser utilizados para se testar o material. O julgamento e a apreciação do material por profissionais de outras áreas com conhecimento em produção de material educativo, e por profissionais de saúde especializados e envolvidos com o público alvo oferecerão informações, sugestões e opiniões que facilitarão a tomada de decisões. Essa avaliação é imprescindível, mas não garante a aprendizagem e a mudança de comportamento. Somente a avaliação voltada para os resultados de saúde objetivados pela aplicação do material, poderá assegurar a eficácia da mensagem e do material.

Conclusão

Considerando-se a grande contribuição do material escrito no contexto da educação em saúde e o papel desses recursos para se promover saúde, prevenir doenças, desenvolver habilidades, favorecer a autonomia do paciente, é importante se criar, desenvolver e produzir um material de qualidade que alcance os objetivos do atendimento das necessidades do paciente.

Urge que profissionais de saúde, criadores e produtores de material impresso para pacientes considerem que a mensagem deve ser bem planejada, correta, fácil de ler, compreensível e que atinja o público alvo. O criador de uma mensagem deve atentar que a redução dos ruídos que interferem no processo de comunicação, bem como, adotar e desenvolver mecanismos que facilitem a leitura, melhorem a legibilidade e motivem o leitor.

Referências

Stefanelli MC. Comunicação com paciente: teoria e ensino. 2ª ed. São Paulo: Robe; 1993. 200 p.

Reakes CJ. Communication. In: Johnson BS. Psychiatric-mental health nursing: adaptation and growth. 3rd ed. Philadelphia (PA): Lippincott; 1993. 992 p. p. 61-77.

Shives LR. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. 2nd ed. Philadelphia (PA): Lippincott; 1990. 657p.

Hyndman B. Health communication and community mobilization: complementary strategies for health promotion. Toronto (ON): University of Toronto; 1995. 42 p. Available from: URL: <http://www.thcu.ca/infoandresources/publications/health_comm_and_comm_mob.v2.0.contentDec%2095_format_June.13.03.pdf>. Accessed at: 2003 Jun 3.

Jakobson R. Linguística e comunicação. 22ª ed. São Paulo: Cultrix; 1999. 162 p.

Freimuth V, Linnan HW, Potter P. Communication the threat of emerging infections to the public. Emerging Infectious Diseases [periódico Online], Atlanta (GA) 2000 July/Aug;6(4):1-14. Available from: URL: <<http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol6no4/freimuth.htm>>. Accessed at: 2001 May 13.

Centers for Disease Control and Prevention. Scientific and technical information; simple and put. 2nd ed. Atlanta(GA): CDC; 1999. 39 p.

Jarrett N. A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected? Journal of Advanced Nursing, Oxford 1995 July;22(1):72-8.

Caris-Verhallen WM, Kerkstra A, Van der Heijden PG, Bensing JM. Nurse-elderly patient communication in home care and institutional care: an explorative study. International Journal of Nursing Studies, Oxford 1998 Feb/Apr;35(1/2):95-108.

Price HJ, Everett SA. Developing cancer pamphlets for economically disadvantaged African Americans. Patient Education and Counseling, Limerick 1996 July;28(2):159-67.

Garcia González R, Suárez Pérez R, Mateo-de-Acosta O. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington (DC)1997 July;2(1):32-6.

Assal J. Bridges, why and from where to where? Patient Education and Counseling, Limerick 1995 Sept;26(1/3):11-5.

Zimmerman M, Newton N, Frumin L, Wittett S. Developing health and family planning materials for low-literate audiences: a guide. Washington (DC): PATH; 1996. 64 p.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. O Brasil celebra dia internacional de alfabetização mostrando avanços alcançados. INEP Notícias, 1999. Disponível em: URL <<http://www.inep.gov.br/noticias/news%SF185.htm>>. Acessado em 2001 maio 27.

Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud. Elaboración de folletos educativos. Barcelona: Almirall Prodesfarma; [s.d]. Disponible en: URL: <http://www.thcu.ca/infoandresources/publications/health_comm_and_comm_mob.v2.0.contentDec%2095_format_June.13.03.pdf>. Accessed at: 2003 Jun 3.

www.almirallprodesfarma.com/guies/educ.html>. Acesso em: 2000 jul 8.

Vanoye F. Usos da linguagem: problemas e técnicas na produção oral e escrita. 11ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998. 327 p.

Bernier MJ. Establishing the psychometric properties of a scale for evaluating quality in printed education materials. *Patient Education and Counseling*, Limerick 1996 Dec;29(3):283-99.

National Cancer Institute. Making health communication programs work: a planner's guide. Bethesda (MD): NIH; 1992. 152 p. Available from: URL: <http://rex.nci.gov/NCI_Pub_Interface/HCPW/HOME.htm>. Accessed at: 2001 Jan 6.

Redman KB. The practice of patient education. 8th ed. St. Louis (MO): Mosby; 1997. 289 p.

Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy skill. 2nd ed. Philadelphia (PA): Lippincott; 1996. 212 p.

Health Canada (CA). Division of Aging and Seniors. Communication with seniors: advice, techniques and tips. Ottawa (ON); 1999. Available from: URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/communicating/comsen_e.htm>. Accessed at: 2001 May 7.

National institutes of Health (US). Clear and simple: developing effective print materials for low-literate readers. Bethesda (MD): National Cancer Institute, Office of Cancer Communications; 1994. (NIH publication; 95-3594). Available from: URL: <http://oc.nci.nih.gov/services/clear_and_simple/home.htm>. Accessed at: 2002 Dec 11.

Abbatt FR. Enseñar a aprender mejor: guía para instructores de atención primaria de salud. 2ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1993. 192 p.

Hosey G. Estrategias para elaborar materiales de enseñanza para semi-analfabetos. In: Organización Panamericana de la Salud. Educación sobre diabetes: disminuimos el costo de la ignorancia. Washington (DC): OPAS; 1996. 88 p. p. 54-7. (Comunicación para la salud; 9).

ATIVIDADE 6

OS PRINCIPAIS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA O TRABALHO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE – PARTE 1



Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos

Objetivo

- Conhecer os vários Sistemas de Informação que perpassam pelas áreas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Assistência à Saúde.

Material

- Texto: *Os principais Sistemas de Informação para o trabalho da Vigilância em Saúde*.
- Papel kraft e pincel atômico

Responda às perguntas abaixo

- Qual a premissa básica para uma informação completa e fidedigna no SINAN?
- Quais os sistemas de informações mais usados na Vigilância Epidemiológica? Faça um breve cometário de suas funcionalidades.
- Quando o paciente falece no hospital, para onde deverá ir a 1ª, a 2ª e a 3ª via da Declaração de Óbito?
- Quais são os três blocos da base de dados do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica)?
- Quais são as notificações que devem constar no Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA)?



TEXTO PARA LEITURA

OS PRINCIPAIS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA O TRABALHO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Janaina Fonseca Almeida ⁷

Entre os sistemas nacionais de informação em saúde existentes, alguns se destacam em razão de sua maior relevância para a Vigilância em Saúde:

- **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**

É o mais importante para a Vigilância Epidemiológica. Foi desenvolvido entre 1990 e 1993, pelo Centro Nacional de Epidemiologia, com o apoio técnico do Datasus e da Prodabel (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte). O sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional e estadual de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 104 de 25 de janeiro de 2011 e Resolução SES/MG 3244 de 25 de abril de 2012), mas é facultado

a estados e municípios incluírem outros problemas de saúde, importantes em sua região (no caso de Minas Gerais, por exemplo, desde 2009 a Vigilância Epidemiológica incluiu a varicela como sendo de notificação compulsória, o que não ocorre em vários outros Estados). (BRASIL, 2009).

A entrada de dados no Sinan é feita mediante a utilização de alguns formulários padronizados. A **Ficha Individual de Notificação (FIN)** é preenchida para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória de interesse nacional, estadual ou municipal e encaminhada, pelas unidades assistenciais, aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica. Este mesmo instrumento é utilizado para notificação negativa*.

Tabela 4: Anexos I e II da Resolução SES nº 3244 de 25 de abril de 2012.

Anexo I da Resolução SES 3244/2012 – Lista de notificação compulsória.	Acidentes por animais peçonhentos, atendimento antirrábico, botulismo, carbúnculo ou antraz, caxumba (notificação), cólera, coqueluche, dengue, difteria, Doença de Creutzfeldt Jacob, doença meningocócica e outras meningites, doença de Chagas aguda, esquistossomose, eventos adversos pós-vacinação, febre amarela, febre do Nilo Ocidental, febre maculosa, febre tifoide, hanseníase, hantavirose, hepatites virais, HIV (notificação), HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical (notificação e investigação), Influenza Humana por novo subtipo (pandêmica), intoxicações exógenas, leishmaniose tegumentar americana, leishmaniose visceral, leptospirose, malária, paracoccidiodomicose, paralisia flácida aguda, peste, poliomielite, raiva humana, rubéola, sarampo, sífilis adquirida, sífilis congênita, sífilis em gestante, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), Síndrome da Rubéola Congênita, Síndrome do Corrimento Uretral Masculino, Síndrome Febril Íctero e/ou Hemorrágica Aguda, tétano, tracoma (notificação), tuberculose, tularemia, varicela (notificação e investigação dos casos graves), varíola, violência doméstica, sexual e outras violências.
---	---

⁷ Enfermeira. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Coordenadora Estadual de Doenças e Agravos Transmissíveis. Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. Especialista em Qualidade nos Serviços de Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

*Notificação negativa – é a notificação da não ocorrência de doenças de notificação compulsória, na área de abrangência da unidade de saúde. Indica que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alertas para a ocorrência de tais eventos.

Tabela 4: Anexos I e II da Resolução SES nº 3244 de 25 de abril de 2012 (Continuação).

Anexo II da Resolução SES 3244/2012 – Lista de notificação compulsória IMEDIATA. <u>Caso suspeito ou confirmado de:</u>	Botulismo, carbúnculo ou antraz, cólera. Dengue nas seguintes situações: dengue com complicações, Síndrome do Choque da Dengue, Febre Hemorrágica da Dengue, óbito por dengue, dengue por sorotipo DENV 4 nos locais sem transmissão endêmica desse sorotipo. Doença de Chagas Aguda. Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional que não constam no anexo I desta Portaria, como: Rocio, Mayaro, Oropouche, Saint Louis, Ilhéus, Mormo, Encefalites Equinas do Leste e Venezuelana, Chikungunya, Encefalite Japonesa, entre outras. Febre Amarela, Febre do Nilo Ocidental, Febre Maculosa, Hantavirose, Influenza Humana por Novo Subtipo (Síndrome Respiratória Aguda Grave), Malária, Peste, Poliomielite, Raiva Humana, Rubéola, Síndrome da Rubéola Congênita, Sarampo, Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus, Tétano Neonatal, Tularemia, Varíola.
Anexo II da Resolução SES 3244/2012 – Lista de notificação compulsória IMEDIATA. <u>Surto ou agregação de casos ou de óbitos por:</u>	Difteria, doença meningocócica, doenças transmitidas por alimentos (DTA), Influenza Humana, meningites virais. Outros eventos de importância em saúde pública conforme o Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005): Alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, doença de origem desconhecida, exposição a contaminantes químicos, exposição a água para consumo humano fora dos padrões, exposição ao ar contaminado fora dos padrões, acidentes envolvendo produtos perigosos, desastres de origem natural ou antropogênica. Poxvírus, Síndrome Febril Íctero e/ou Hemorrágica Aguda, Toxoplasmose.
Anexo II da Resolução SES 3244/2012 – Lista de notificação compulsória IMEDIATA. <u>Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar doença em humanos.</u>	Primatas não humanos Equinos Aves Morcegos (Raiva). Canídeos (Raiva, leishmaniose visceral). Roedores silvestres (Peste)

Fonte: SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013.

Ainda na Resolução citada acima, temos o anexo III que compreende a lista de notificação compulsória em Unidades Sentinela, ou seja, serviços médicos e ambulatoriais de média e alta complexidade responsáveis por identificar, diagnosticar, investigar e notificar, quando confirmados, os casos de doenças, agravos e/ou acidentes de notificação compulsória. Deve ser compreendida como uma das estratégias de universalização do acesso às ações de diagnóstico e de notificação dos agravos à saúde na rede de atenção do SUS, desde a Atenção Primária à Saúde até os dispositivos de referência especializada. As unidades sentinela são mapeadas e definidas pelos gestores e técnicos dos municípios, sendo habilitadas por processo de pactuação no respectivo Colegiado de Gestão Regional e na Comissão Interiores Bipartite. (BRASIL, 2008).

Temos 14 tipos de Unidades Sentinela de acordo com a Resolução 3244/2012: Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho; acidente de trabalho com mutilações; acidente de trabalho em crianças e adolescentes; acidente de trabalho fatal; câncer relacionado ao trabalho; dermatoses ocupacionais; distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho; Influenza Humana; perda auditiva induzida por ruído relacionada ao trabalho; pneumoconioses relacionadas ao trabalho; pneumonias; rotavírus; toxoplasmose adquirida na gestação e congênita; transtornos mentais relacionados ao trabalho.

É possível perceber que as Unidades Sentinela é uma estratégia marcante da Saúde do Trabalhador (área da

Vigilância Epidemiológica), com o objetivo sempre de melhorar as ações de vigilância e controle dos agravos.

A informação fidedigna, correta e concisa no SINAN depende primeiramente de uma premissa básica: O PREENCHIMENTO CORRETO DA FICHA DE INVESTIGAÇÃO! Lembre-se que os dados preenchidos na ficha serão a base para a análise de situação de saúde e a tomada de decisão em relação às necessidades da população. A partir da alimentação do banco de dados do SINAN, pode-se calcular a incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, bem como realizar análises, de acordo com as características de pessoa, tempo e lugar, particularmente, no que tange às doenças transmissíveis de notificação obrigatória. Além disso, é possível avaliar também a qualidade dos dados.

- **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**

Criado em 1975, este sistema de informação iniciou sua fase de descentralização em 1991, dispondo de dados informatizados a partir do ano de 1979. Seu instrumento padronizado de coleta de dados é a **Declaração de Óbito (DO)**, impressa em três vias coloridas, cuja emissão e distribuição, em séries pré-numeradas para os estados, são de competência exclusiva do Ministério da Saúde. A distribuição para os municípios fica a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde, devendo as Secretarias Municipais se responsabilizarem pelo controle e distribuição entre profissionais médicos e instituições que a utilizem, bem como pelo recolhimento das primeiras vias em hospitais e cartórios. (BRASIL, 2009).

O preenchimento da DO deve ser realizado exclusivamente por médicos, exceto em locais onde não existam esses profissionais, situações nas quais poderá ser preenchida por oficiais de Cartórios de Registro Civil, sendo também assinada por duas testemunhas. A obrigatoriedade de preenchimento desse instrumento, para todo óbito ocorrido, é determinada pela Lei Federal nº 6.015/73. Em tese, nenhum sepultamento deveria ocorrer sem prévia emissão da DO, mas, na

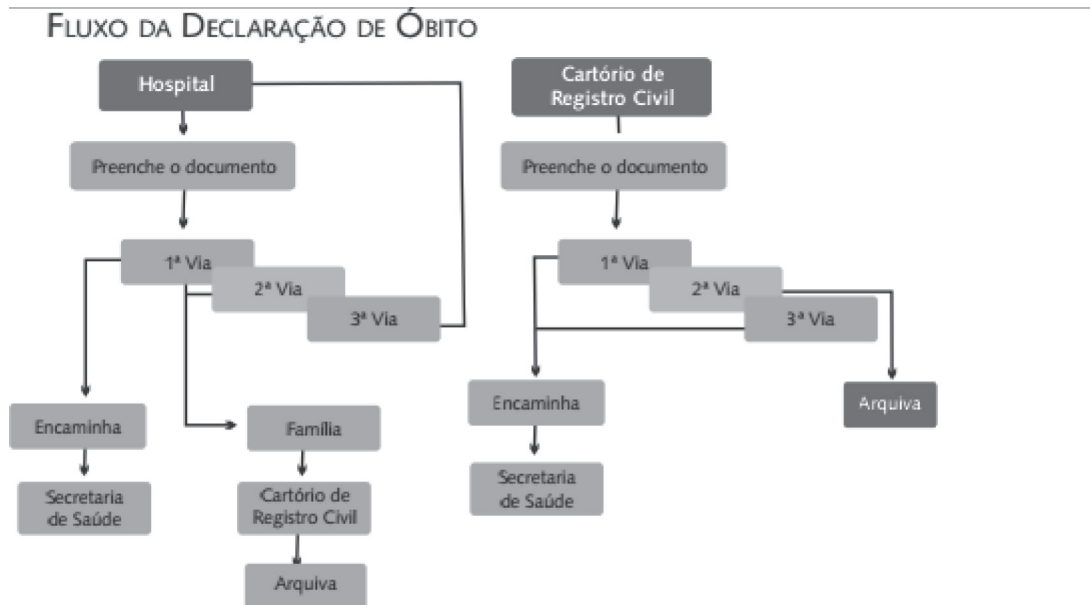
prática, sabe-se da ocorrência de sepultamentos, em cemitérios clandestinos, o que afeta o conhecimento do real perfil de mortalidade, sobretudo no interior do país.

O registro do óbito deve ser feito no local de ocorrência do evento. Embora o local de residência seja a informação mais utilizada, na maioria das análises do setor saúde, a ocorrência também é importante no planejamento de algumas medidas de controle, como, por exemplo, no caso dos acidentes de trânsito e doenças infecciosas, que exijam adoção de medidas de controle no local de ocorrência. Os óbitos ocorridos fora do local de residência serão redistribuídos, quando do fechamento das estatísticas, pelas Secretarias Estaduais e pelo Ministério da Saúde, permitindo, assim, o acesso aos dados, tanto por ocorrência, como por residência do falecido.

O SIM se constitui em um importante elemento para o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, tanto como fonte principal de dados, quando há falhas de registro de casos no SINAN, quanto como fonte complementar, por dispor também de informações sobre as características de pessoa, tempo e lugar, assistência prestada ao paciente, causas básicas e associadas de óbito, que são extremamente relevantes e muito utilizadas no diagnóstico da situação de saúde da população.

De acordo com Brasil (2009), as informações obtidas através da DO possibilitam também o delineamento do perfil de morbidade de uma área, no que diz respeito às doenças mais letais e às doenças crônicas não sujeitas à notificação compulsória, representando, praticamente, a única fonte regular de dados disponível. Entretanto, em muitas áreas, o uso dessa rica fonte de dados é prejudicada pelo não preenchimento correto da DO, com omissão de dados, como, por exemplo, estado gestacional ou puerperal, ou pelo registro excessivo de causas mal definidas, prejudicando o uso dessas informações nas diversas instâncias do sistema de saúde. Essas análises devem ser realizadas em todos os níveis do sistema, sendo subsídios fundamentais para o planejamento de ações dos gestores.

Figura 2: Fluxo da Declaração de Óbito (DO).



Fonte: SVS/MS

• Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O número de nascidos vivos constitui-se em relevante informação para o campo da saúde pública, pois permite construir inúmeros indicadores voltados para avaliação de riscos à saúde do segmento materno-infantil e representa o denominador dos coeficientes de mortalidade infantil e materna, dentre outros.

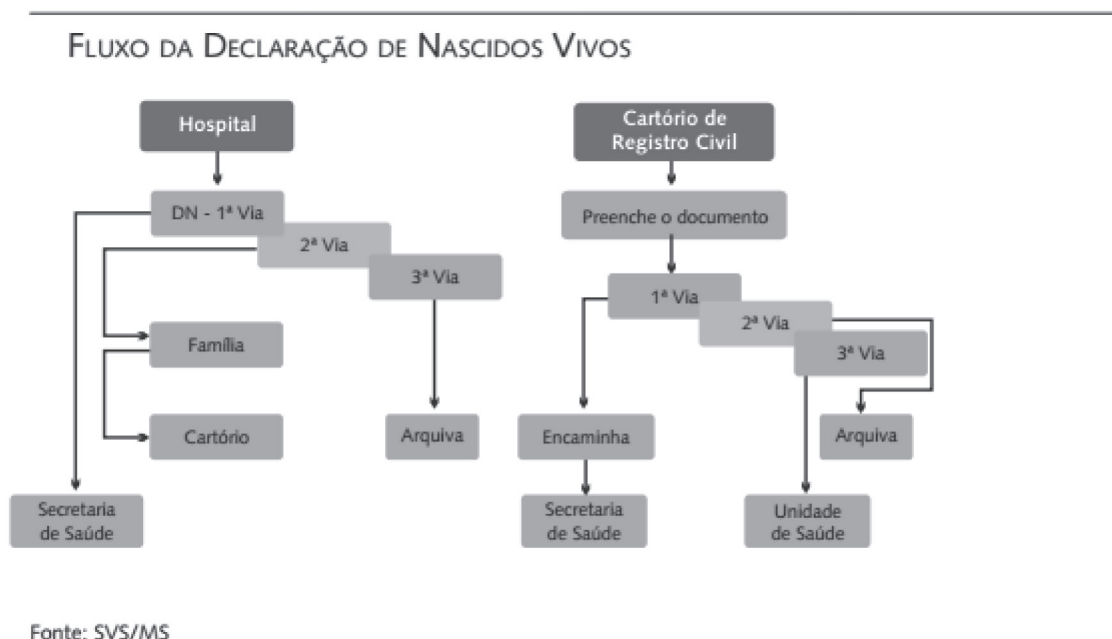
Antes da implantação do SINASC essa informação só era conhecida mediante estimativas a partir da informação censitária.

O SINASC tem como instrumento padronizado de coleta de dados a **Declaração de Nascido Vivo (DN)**, cuja emissão, a exemplo da DO, é de competência exclusiva do Ministério da Saúde. Tanto a emissão da DN, como o seu registro em cartório, são realizados no município de ocorrência do nascimento. Deve ser preenchida pelos hospitais e por outras instituições de saúde que realizam parto e nos Cartórios de Registro Civil, quando o nascimento da criança ocorre no domicílio. Sua implantação ocorreu no país, de forma gradual, desde o ano de 1992 e, atualmente, vem apresentando, em muitos municípios, um volume maior de registros do que o publicado em anuários

do IBGE, com base nos dados de Cartórios de Registro Civil. (BRASIL, 2009).

A DN deve ser preenchida para todos os nascidos vivos no país, que, segundo conceito definido pela OMS, corresponde a “todo produto da concepção que, independentemente do tempo de gestação, depois de expulso ou extraído do corpo da mãe, respire ou apresente outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não desprendida a placenta”. A obrigatoriedade desse registro é também dada pela Lei nº 6.015/73. No caso de gravidez múltipla, deve ser preenchida uma DN para cada criança nascida viva.

Entre os indicadores de interesse para a atenção à saúde materno-infantil, para os quais são imprescindíveis as informações contidas na DN, encontram-se: proporção de nascidos vivos de baixo peso, proporção de nascimentos prematuros, proporção de partos hospitalares, proporção de nascidos vivos por faixa etária da mãe, valores do índice Apgar no primeiro e quinto minutos, número de consultas de pré-natal realizadas para cada nascido vivo, dentre outros. Além desses, podem ainda ser calculados indicadores clássicos, voltados à caracterização geral de uma população, como a taxa bruta de natalidade e a taxa de fecundidade geral.

Figura 3: Fluxo da Declaração de Nascidos Vivos (DN):

• Sistema de Informações Hospitalares (SIH)

Segundo Brasil (2009), o SIH/SUS não foi concebido sob a lógica epidemiológica, mas sim com o propósito de operar o sistema de pagamento de internação nos hospitais, contratados pelo Ministério da Previdência. Posteriormente, foi estendido aos hospitais filantrópicos, universitários e de ensino, e aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais. Reúne informações de cerca de 70% dos internamentos hospitalares realizados no país, tratando-se, portanto, de uma grande fonte de dados sobre os agravos à saúde que requerem internação, contribuindo expressivamente para o conhecimento da situação de saúde e a gestão de serviços. Assim, este sistema vem sendo gradativamente incorporado à rotina de análise e de informações, de alguns órgãos de vigilância epidemiológica de estados e municípios. O instrumento de coleta de dados é a **Autorização de Internação Hospitalar (AIH)**, atualmente emitida pelos estados, a partir de uma série numérica única definida anualmente em portaria ministerial. Esse formulário contém os dados de atendimento, com o diagnóstico de internamento e da alta (codificado de acordo com a CID 10), informações relativas às características de pessoa (idade e sexo), tempo e lugar (procedência do paciente) das internações, procedimentos realizados, os valores pagos e os dados cadastrais das unidades de saúde, entre outros, que permitem a sua utilização para fins epidemiológicos.

Apesar de todas as restrições, essa base de dados continua sendo de extrema importância para o conhecimento do perfil dos atendimentos da rede hospitalar. Não pode ser desprezada também a extrema agilidade do sistema. Os dados por ele aportados tornam-se disponíveis aos gestores com defasagem

menor que um mês, sendo de cerca de dois meses o prazo para a disponibilização do consolidado do Brasil.

Os dados produzidos por este sistema são amplamente disponibilizados pelo Datasus, via Internet (www.datasus.gov.br) e pela BBS (Bulletin Board System), do Ministério da Saúde. Os arquivos disponibilizados podem ser de dois tipos: o “movimento”, em que constam todos os dados, e o “reduzido”, em que não aparecem os dados relativos aos serviços profissionais. O sistema SIH/SUS foi desenvolvido com a finalidade de propiciar a construção de alguns indicadores de avaliação de desempenho de unidades, além do acompanhamento dos números absolutos relacionados à frequência de AIH. Esses dados vêm sendo cada vez mais utilizados pelos gestores, para uma primeira aproximação da avaliação de cobertura de sua rede hospitalar e para a priorização de ações de caráter preventivo. (BRASIL, 2009).

• Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)

O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) foi formalmente implantado em todo o território nacional em 1991, sendo instrumento de ordenação do pagamento dos serviços ambulatoriais (públicos e conveniados), viabilizando, como informação aos gestores, apenas o gasto por natureza jurídica do prestador. Embora SIA/SUS venha sofrendo algumas alterações, particularmente no que se refere à tabela de procedimentos, na qual vêm sendo feitas inclusões frequentes, bem como às críticas informatizadas, com vistas a um melhor controle e consistência de dados, ele não mudou substancialmente, desde sua implantação. Por obedecer à lógica de pagamento por procedimento, não registra o CID do diagnóstico dos pacientes e,

portanto, não pode ser utilizado como informação epidemiológica, ou seja, seus dados não permitem o delineamento dos perfis de morbidade da população, a não ser pelo que se pode inferir a partir dos serviços utilizados. Entretanto, como sua unidade de registro de informações é o procedimento ambulatorial realizado, desagregado em atos profissionais, outros indicadores operacionais podem ser importantes, como complemento das análises epidemiológicas, a exemplo de: número de consultas médicas por habitante ao ano, número de consultas médicas por consultório, número de exames/terapias realizados pelo quantitativo de consultas médicas. (BRASIL, 2009).

As informações relacionadas a esse sistema estão hoje disponíveis no site do DATASUS, pela Internet: www.datasus.gov.br. Há dados desde julho de 1994.

• Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)

É um sistema de informação territorializado, que coleta dados que possibilitam a construção de indicadores populacionais, referentes a áreas de abrangência bem delimitadas, cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). A base de dados do SIAB possui três blocos: o cadastramento familiar (indicadores socio-demográficos dos indivíduos e de saneamento básico dos domicílios); o acompanhamento de grupos de risco (crianças menores de 2 anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas com tuberculose e pessoas com hanseníase); e o registro de atividades, procedimentos e notificações (produção e cobertura de ações e serviços básicos, notificação de agravos, óbitos e hospitalizações). Assim, o sistema possibilita a microlocalização de problemas de saúde, como, por exemplo, a identificação de áreas com baixas coberturas vacinais, ou altas taxas de prevalência de doenças, como tuberculose e hipertensão, permitindo delimitar o espaço das necessidades e respostas sociais, constituindo-se em importante ferramenta para o planejamento e avaliação de ações de Vigilância em Saúde na Atenção Primária. (BRASIL, 2009).

• Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Tem como objetivo fornecer informações sobre o estado nutricional da população e de fatores que o influenciam. O módulo municipal encontra-se implantado em quase todos os municípios brasileiros. Disponibiliza informações para monitoramento do estado nutricional de diferentes grupos populacionais atendidos nos estabelecimentos de saúde e por profissionais da Estratégia Saúde da Família e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A partir de 2006 foi disponibilizada a possibilidade de inserção de dados de usuários do Programa Bolsa Família acompanhados pelo setor de saúde (mulheres em idade fértil e crianças menores de 7 anos). (BRASIL, 2009)

• Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)

Atualmente implantado em todos os municípios brasileiros, fornece dados relativos à cobertura vacinal de rotina e em campanhas, taxa de abandono e controle do envio de boletins de imunização. Além do módulo de avaliação do PNI, este sistema dispõe de um subsistema de estoque e distribuição de imunobiológicos para fins gerenciais. (BRASIL, 2009).

O SI-PNI é formado por um conjunto de subsistemas:

- Avaliação do Programa de Imunizações (API): Registra, por faixa etária, as doses de imunobiológicos aplicadas e calcula a cobertura vacinal, por unidade básica, município, regional da Secretaria Estadual de Saúde, estado e país. Fornece informações sobre rotina e campanhas, taxa de abandono e envio de boletins de imunização. Pode ser utilizado nos âmbitos federal, estadual, regional e municipal.
- Estoque e Distribuição de Imunobiológicos (EDI): Gerencia o estoque e a distribuição dos imunobiológicos. Contempla o âmbito federal, estadual, regional e municipal.
- Eventos Adversos Pós-vacinação (EAPV): Permite o acompanhamento de casos de reações adversas ocorridas pós-vacinação e a rápida identificação e localização de lotes de vacinas. Para a gestão federal, estadual, regional e municipal.
- Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão (PAIS): Sistema utilizado pelos supervisores e assessores técnicos do PNI para padronização do perfil de avaliação, capaz de dar agilidade a tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão dos estados.
- Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão em Sala de Vacinação (PAISSV): Sistema utilizado pelos coordenadores estaduais de imunizações para padronização do perfil de avaliação, capaz de dar agilidade à tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão das salas de vacina.
- Apuração dos Imunobiológicos Utilizados (AIU): Permite realizar o gerenciamento das doses utilizadas e das perdas físicas para calcular as perdas técnicas a partir das doses aplicadas. Desenvolvido para a gestão federal, estadual, regional e municipal.
- Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE): Registra os atendimentos nos Cries e informa a utilização dos imunobiológicos especiais e eventos adversos.

• Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (SISAGUA)

Foi estruturado visando fornecer informações sobre a qualidade da água para consumo humano, proveniente

dos sistemas públicos e privados, e de soluções alternativas de abastecimento. Tem como objetivo geral coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente, de forma a produzir informações necessárias à prática da vigilância da qualidade da água de consumo humano (avaliação da problemática da qualidade da água, definição de estratégias para prevenir e controlar os processos de sua deterioração e transmissão de enfermidades), por parte das secretarias municipais e estaduais de saúde, em cumprimento à Portaria GM/MS nº 36/90. (BRASIL, 2009).

Como estamos tratando de Vigilância em Saúde, devemos entender também alguns SIS que fazem parte da Vigilância Sanitária. A posse da informação para tomada de decisão é algo relativamente novo para este setor, que até então atuava majoritariamente através das Legislações. A utilização do SIS na Vigilância Sanitária possibilita também a utilização de ferramentas gerenciais e operacionais capazes de agilizar registros, análises e, sobretudo, auxiliar o planejamento e a execução de ações, tanto para o corpo técnico quanto para gestão.

Não existe uma Classificação Internacional de Atividades Econômicas sob Vigilância Sanitária, mas o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publica, a cada dois anos, uma listagem denominada Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), que codifica as atividades econômicas realizadas no Brasil e que pode servir de base para codificar aquelas sob vigilância sanitária.

• Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA)

O NOTIVISA é um sistema informatizado na plataforma web, previsto pela Portaria nº 1.660, de 22 de Julho de 2009, do Ministério da Saúde, para receber as notificações de eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas aos seguintes produtos sob vigilância sanitária (ANVISA, 2013):

- Medicamentos
- Vacinas e Imunoglobulinas;
- Artigos Médico-Hospitalares;
- Equipamentos Médico-Hospitalares;
- Produtos para Diagnóstico de uso In Vitro;
- Uso de Sangue ou Componentes;
- Cosméticos, Produtos de Higiene Pessoal ou Perfume;
- Saneantes;
- Agrotóxicos.

Este sistema visa fortalecer a vigilância pós-uso/ pós-comercialização, hoje conhecida como VIGIPÓS, por meio do monitoramento de eventos adversos (EA) e de queixas técnicas (QT) associados aos produtos listados acima. No âmbito do VIGIPÓS, será considerado evento adverso aquele que causou dano à saúde. Se, até o momento da notificação, o problema observado

no produto ainda não tiver causado nenhum dano à saúde, este deverá ser notificado como queixa técnica.

Exemplos de notificações de eventos adversos que podem ser feitas no Notivisa:

- Reação adversa associada ao uso de algum medicamento;
- Inefetividade terapêutica de algum medicamento;
- Erros de medicação apenas quando houver dano à saúde (por exemplo, edema provocado pela má administração de um medicamento injetável);
- Evento adverso decorrente do uso de artigo médico-hospitalar ou equipamento médico-hospitalar;
- Reação transfusional decorrente de uma transfusão sanguínea;
- Evento adverso decorrente do uso de um produto cosmético;
- Evento adverso decorrente do uso de um produto saneante.
- Exemplos de notificações de queixas técnicas que podem ser feitas no Notivisa:
- Produto (todos listados acima, exceto sangue e componentes) com suspeita de desvio da qualidade;
- Produto com suspeita de estar sem registro;
- Suspeita de produto falsificado;
- Suspeita de empresa sem autorização de funcionamento (AFE).

• Sistema Integrado de Gestão da Vigilância Sanitária (SIGVISA)

O Sistema Integrado de Gestão da Vigilância Sanitária (SIGVISA), cujo projeto teve gerenciamento da Prodemge, é integrado ao Projeto Estruturador do Governo “Descomplicar – Minas Fácil”, que tem por objetivo simplificar as relações entre Estado, empresas e o cidadão, e vai dimensionar e aperfeiçoar as atividades da Vigilância Sanitária no Estado de Minas Gerais. O sistema traz reflexos positivos também ao fornecer ferramentas operacionais e gerenciais que permitem o planejamento, a organização, a padronização do processo de trabalho e a execução das ações por parte dos técnicos e seus gestores.

O Sigvisa conta com diversos módulos, entre os quais: Cadastro, Cidadão, Móvel, Sincronismo, Fluxo de Projeto Arquitetônico, Fluxo de Inspeção Sanitária, Fluxo de Processo Administrativo e Relatórios Gerenciais. O módulo Móvel apoiará os servidores na realização das atividades de monitoramento em campo, fiscalização e vistoria, e por meio do módulo de Sincronismo, atualizará o Sigvisa Web, proporcionando maior qualidade e agilidade ao processo. (MINAS GERAIS, 2013).

Este sistema ainda está em processo de implantação no Estado de Minas Gerais.

Foram citados até aqui os principais Sistemas de Informação em Saúde (SIS) utilizados pela Vigilância em Saúde e pela Assistência à Saúde para o acompanhamento, diagnóstico e execução das ações de saúde pública nos territórios. Além desses sistemas, o país dispõe ainda de várias outras fontes de registros, tais como: Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), Registros Hospitalares de Câncer (RHC), Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA), Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PenSE), etc.

A retroalimentação dos sistemas deve ser considerada como um dos aspectos fundamentais para o contínuo processo de aperfeiçoamento, gerência e controle da qualidade dos dados. Tal prática deve ocorrer nos seus diversos níveis, de modo sistemático, com periodicidade previamente definida, de modo a permitir a utilização das informações quando da tomada de decisão e nas atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos e avaliação dos programas desenvolvidos. Em adição a isso, a divulgação das informações geradas pelos sistemas assume valor inestimável como instrumento de suporte ao controle social, prática que deve ser estimulada e apoiada em todos os níveis.

ATIVIDADE 7

OS PRINCIPAIS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA O TRABALHO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE – PARTE 2



Tempo Estimado: 2 horas e 30 minutos

Objetivos

- Conhecer os Sistemas de Informação de cada órgão que compõe a Vigilância em Saúde.
- Elencar os pontos positivos e negativos e propor soluções para melhoria dos mesmos.

Materiais

- Texto de apoio: *Os Sistemas de Informações Complementares*.
- Papel kraft e pincel atômico.
- Quadro: Principais sistemas de informação em Vigilância em Saúde.

ÁREA	PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES PARA MELHORIA
Vigilância Epidemiológica			
Vigilância Ambiental			
Vigilância Sanitária			
Vigilância da Saúde do Trabalhador			
Atenção Primária em Saúde			

TEXTO DE APOIO

OS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

*Cristiano Martins da Cruz*⁸



Além dos sistemas de informações nacionais, existem outros sistemas que são usados nas diversas áreas ou setores da Vigilância em Saúde, visando facilitar o trabalho diário dos servidores, principalmente dos agentes de controle de zoonoses e combate a endemias. São eles:

SISLOC: Sistema de Gerenciamento de Localidades. Este é base de dados para todos os outros sistemas desenvolvidos na plataforma do MS DOS. Nele são lançados os dados do Reconhecimento Geográfico, cujas informações são utilizadas posteriormente em outros sistemas de informação, como SISPCFAD, SISPCDCh e SISPCE.

SISPCFAD: Sistema criado na base do MS DOS, destinado a receber as informações de localidades mapeadas para o controle de Dengue e Febre Amarela. No sistema são lançadas as informações oriundas do Reconhecimento Geográfico e ações de campo, as quais são usadas posteriormente para nova programação das atividades de tratamento focal (TF), levantamento de índice (LI), Pesquisas e tratamentos em pontos estratégicos (TPE e PPE) e as pesquisas especiais, além de informações necessárias para fazer bloqueio de transmissão de Dengue quando há casos suspeitos.

SISPCDCh: Programa desenvolvido para lançamento dos dados coletados em campo, oriundo das ações de Controle da Doença de Chagas.

SISPCE: Sistema de informação utilizado para lançamento das informações de campo do Programa de Controle da Esquistossomose.

Todos esses sistemas elencados precisam periodicamente ser atualizados e o banco de dados gerados é salvo em disquete os quais são encaminhados às Superintendências/Gerências Regionais de Saúde ou transmitidos como anexos em email, não tendo a possibilidade de transmissão

direta ao banco de dados das SRS's/GRS's. Esses dados consolidados objetivam gerar informações para a adoção de medidas específicas, destinadas a prevenção, controle, eliminação e erradicação de doenças, além de possibilitar a integração de ações, realização de estudos de pesquisas e etc.

Sistema de Informação do LIRAA: Sistema de informação implantado em 2010 nos municípios prioritários para o controle da Dengue, os quais passaram a fazer o Levantamento de Índice Rápido para o *Aedes aegypti*. Com esse sistema implantado, os municípios tiveram que estratificar suas áreas de controle dentro da proposta da Secretaria de Vigilância em Saúde. A amostragem da pesquisa vetorial passaria a ser calculada pelo sistema, baseado na quantidade de unidades de cada estrato cadastradas. Com esse novo sistema houve redução de dias trabalhados e uma breve noção do índice de infestação predial das localidades, o que possibilitaria uma rápida tomada de decisões para intervenções e controle da doença nas localidades fora dos padrões aceitos pelo Ministério da Saúde.

Dengue on-line: Sistema implantado nos municípios em 2011 e 2012, com a finalidade de agilizar a notificação dos casos de Dengue e proporcionar um atendimento mais rápido e eficaz aos doentes. As informações lançadas diariamente no sistema são importantes para a SES quantificar os recursos necessários para cada município e substitui o lançamento semanal de notificações da doença no SINAN. O formulário de notificação da Dengue continua inalterado.

Cada município pode criar sistemas de informações complementares para favorecer a organização do processo de trabalho em toda administração, inclusive naqueles setores que planejam suas ações baseadas em estatísticas e cumprimento de metas pactuadas, como é o caso da saúde.

⁸ Especialista em Vigilância Sanitária. Referência Técnica do Curso Técnico em Vigilância em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.



ATIVIDADE 8

SISTEMA DE INFORMAÇÃO E O TRABALHO DO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Tempo Estimado: 1 hora

Objetivo

- Refletir sobre a relação do Sistema de Informação com o trabalho do técnico de Vigilância em Saúde.

Material

- Papel A4.



ATIVIDADE 9

COMUNICAÇÃO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Tempo Estimado: 2 horas

Objetivos

- Entender o que é comunicação e sua importância no processo de trabalho em saúde.
- Identificar os componentes básicos do processo de comunicação.
- Refletir sobre os processos de comunicação no local de trabalho dos alunos.

Material

- Instrumentos de comunicação verbal escrita das instituições nas quais os alunos trabalham. Ex: impressos. Os docentes devem solicitar que os alunos tragam impressos dos seus locais de trabalho para serem utilizados nessa atividade.



ATIVIDADE 10

DINÂMICA⁵

Tempo Estimado: 40 minutos

Objetivo

- Refletir sobre o trabalho em equipe e o processo de informação.

Materiais

- Canudos plásticos, durex, papel e caneta.

ATIVIDADE 11

CONCEITO DE VIGILÂNCIA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE



Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Compreender o conceito de Vigilância da Situação de Saúde.

Materiais

- Texto: Conceituando Vigilância da Situação de Saúde
- Datashow.

TEXTO PARA LEITURA

CONCEITUANDO VIGILÂNCIA DA SITUAÇÃO DE SAÚDE



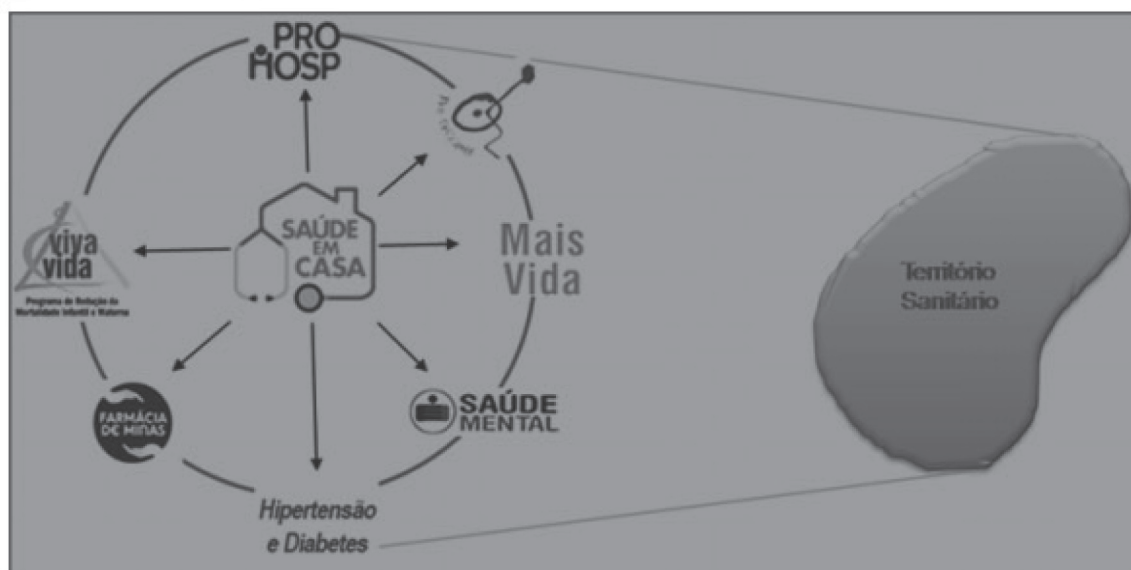
Janaina Fonseca Almeida⁹

A Portaria GM/MS nº 3252/2009 conceitua Vigilância da Situação de Saúde como área que tem por objetivo a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Assim, a Vigilância da Situação de Saúde fornece metodologias que auxiliam a gestão de um território sanitário por meio do (re) conhecimento da realidade, identificação de problemas, estabelecimento de prioridades de

atuação e melhor utilização dos recursos em busca de resultados efetivos (BRASIL, 2009).

Pode-se, portanto, perceber que este processo de trabalho, o de reconhecimento de realidades do território sanitário de abrangência para uma melhor organização de serviços e ações de saúde, é aplicável a todos os pontos de atenção à saúde e não somente ao ambiente gestor da política municipal de saúde. Somente desta forma é possível aproximar oferta e necessidade, bem como garantir maiores possibilidades de eficiência, eficácia e efetividade à população da área de abrangência do serviço. (MINAS GERAIS, 2013).

⁹ Enfermeira. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Coordenadora Estadual de Doenças e Agravos Transmissíveis. Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. Especialista em Qualidade nos Serviços de Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

Figura 1: A Vigilância da Situação de Saúde nos pontos de atenção da Rede Assistencial no Estado de Minas Gerais.

Fonte: GUSMÃO, R.B. (2013). In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Atualização Profissional de Vigilância em Saúde. Caderno de Temas transversais. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.

Segundo Ferreira (1998), de um modo sintético, podemos dizer que para apoiar a gestão de um Sistema Municipal de Saúde, as seguintes perguntas devem ser feitas:

- Como está a situação de saúde? Como estão as condições de vida (composição da população, saneamento básico, escolaridade etc.) da população? Quais são seus principais problemas de saúde?
- Quais objetivos serão assumidos por esta gestão para transformação dessa situação de saúde?
- Quais os recursos (humanos, financeiros, instalações físicas, equipamentos conhecimentos etc.) disponíveis para enfrentar os problemas prioritizados visando a alcançar os objetivos propostos?
- Quais e que quantidade de ações podem ser produzidas utilizando, com o máximo de eficiência, esses recursos?
- Com estas ações, que resultados (cobertura, concentração, resolubilidade etc) pode-se alcançar com a maior eficácia possível?
- f) Com esses resultados conseguimos alcançar os objetivos propostos? Ou seja, a situação de saúde inicial foi efetivamente transformada?

Um SIS deve informar se um Sistema de Saúde (isto é, a resposta por ele produzida) está sendo eficiente, eficaz e efetiva no enfrentamento da situação de saúde indicada. Basicamente, devem ser produzidos indicadores capazes de medir a eficiência - utilização dos recursos disponíveis da melhor maneira possível, evitando “desperdícios”; a eficácia - através das ações produzidas alcançar os melhores resultados possíveis, principalmente em relação à cobertura (número de pessoas atendidas) e à concentração (número de ações oferecidas a cada pessoa); e a efetividade - obter transformações concretas

na situação de saúde, coerente com os objetivos propostos pela gestão (FERREIRA, 1998).

Utilizamos uma ferramenta muito importante para diversas avaliações de vigilância e assistência à saúde: Indicadores de Saúde. São conceituados parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, o perfil de saúde de populações, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades. (KERR-PONTES & ROUQUAYROL, 2003).

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer. (MINAS GERAIS, 2013).

Para avaliar a qualidade de um indicador, e até mesmo de uma informação em saúde, é preciso considerar as seguintes dimensões (FILHO apud MORAES, 1994):

- Simplicidade: Fácil de ser calculado.
- Validade: Função da característica que se deseja medir.
- Disponibilidade: Dados disponíveis ou de fácil obtenção.

- Robustez: Pouco sensível às deficiências dos dados.
- Sinteticidade: Refletir o efeito do maior número possível de fatores.
- Discriminatoriedade: Alto poder discriminatório para vários níveis de saúde e indicar alterações que ocorram com o tempo.
- Cobertura: Refere-se ao todo e não a determinada área ou grupo populacional.

Tabela 5: Tipos básicos de indicadores e seu impacto sobre a situação de saúde.

Categoria do Indicador	Tipos básicos de indicadores	Tipos de análises possíveis
Eficiência	Produtividade Utilização da capacidade instalada Distribuição dos gastos por tipo de atenção.	Avaliação quanto à utilização (com ou sem 'desperdícios') dos recursos disponíveis. Considera-se como uma avaliação da estrutura do Sistema de Saúde.
Eficácia	Cobertura Concentração Resolubilidade	Avaliação dos resultados alcançados pelas ações produzidas considerando: Quanto foram atingidos (cobertura) Quanto foi oferecido (concentração) Como foi respondido (resolubilidade). Considera-se como uma avaliação do processo de trabalho em saúde.
Efetividade	Indicadores de mortalidade Indicadores de morbidade Indicadores demográficos Indicadores socioeconômicos Indicadores ambientais (saneamento).	Avaliação do impacto sobre a situação de saúde considerando as respostas produzidas pelo Sistema de Saúde e também aquelas geradas por outros setores (educação, saneamento, etc).

Fonte: FERREIRA, 1999. In: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública. Atualização Profissional de Vigilância em Saúde. Caderno de Temas transversais. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.

ATIVIDADE 12

A INFORMAÇÃO NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Tempo Estimado: 1 hora



Objetivo

- Compreender o uso da informação na Vigilância em Saúde e na Atenção Primária.

Material

- vídeo produzido pelo Canal Minas Saúde, através do Curso “Em defesa da Vida: Vigilância em Saúde na Atenção Primária”. Disponível em: <<http://www.canalminassaude.com.br/video/aula-03---a-informacao-para-acoes-de-vigilancia-em-saudeatencao-primaria-e-os-sistemas-de-informacao/2c9f94b634e876d80134ed9890500a50/>>. (Tempo de reprodução: 28'06")



ATIVIDADE 13

INSTÂNCIAS GOVERNAMENTAIS E OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos

Objetivo

- Refletir sobre as informações em saúde entre as três esferas de atuação governamental.

Material

- Texto: Uma análise crítica do funcionamento dos SIS em nível federal, estadual e municipal no Brasil.



TEXTO PARA LEITURA

UMA ANÁLISE CRÍTICA DO FUNCIONAMENTO DOS SIS EM NÍVEL FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL NO BRASIL¹⁰

As prerrogativas legais hoje vigentes no setor saúde determinam a descentralização e a participação popular como diretrizes de atuação político-administrativa que devem ser acatadas pelas três instâncias de governo. Os municípios são reconhecidos como entes governamentais autônomos que devem responsabilizar-se pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região. Para tanto, a produção, gerenciamento e divulgação de informação são elementos estratégicos que podem servir tanto para o fortalecimento dos objetivos e ações de saúde quanto para a eficácia e oportunidade da participação da comunidade nas decisões.

No âmbito federal, as informações em saúde encontram-se dispersas em vários Órgãos e Ministérios. Observa-se falta de padronização nos procedimentos de obtenção, tratamento e disseminação e a periodicidade adotada nem sempre é a mais adequada. Um exemplo a ser citado é o entrave que o SINAN promove por não ser online (dado em tempo real), ou seja, o dado chega ao Estado com aproximadamente 15 dias de atraso em relação ao município; e o fluxo do dado do município ao nível federal é ainda maior. A oportunidade, qualidade e cobertura das informações variam de acordo com as áreas geográficas onde são produzidas, guardando estreita relação com o grau de Desenvolvimento dos sistemas estaduais de informação. Nem todas encontram-se disponíveis no âmbito de município e há dificuldades para que a instância local consiga acessá-las.

Na esfera estadual, é possível dizer que, atualmente, todas as secretarias estaduais de saúde possuem alguma estrutura específica para informação, ainda que nem sempre com o grau de Desenvolvimento adequado. E entre os principais problemas que enfrentam para produzir a informação em saúde de sua região, encontram-se: falta ou deficiência de infra-estrutura de informática; insuficiência de recursos humanos qualificados; falta de padronização e normatização dos procedimentos de coleta de dados; falta de hierarquização na produção e uso das informações nos diversos níveis da rede; insuficiente grau de utilização dos dados para análise do sistema e dos serviços de saúde. A análise de dados de notificação compulsória no SINAN, por exemplo, poderia ser realizada de forma conjunta com o SIM, SIH, SINASC, etc. Estas informações reunidas em uma só análise seriam capazes de acusar inúmeras inconsistências e duplicidades, e, ao final, teríamos a informação de forma muito mais completa e concisa. O que se observa é que as análises são feitas separadamente, gerando muitas vezes o retrabalho de dois sistemas buscarem a mesma informação.

Em âmbito local, os problemas são ainda maiores. Há uma diferença muito mais acentuada entre a infra-estrutura das secretarias municipais em relação às secretarias estaduais. Embora muitos municípios já venham trabalhando com seus sistemas de informação, como forma de subsidiar o planejamento e a programação dos serviços, a maioria deles não sabe sequer como definir adequadamente suas necessidades. Assim,

¹⁰ Texto adaptado de: Branco, Maria Alice Fernandes. Sistemas de Informação em Saúde no nível local. Caderno de Saúde Pública. V. 12. N°02. Rio de Janeiro. Abril/Junho, 1996.

a maioria dos municípios brasileiros efetua apenas procedimentos de coleta de dados para os sistemas de âmbito federal ou estadual. Em outro extremo, há secretarias que além dessa função, já produzem, processam, organizam e analisam a informação em saúde de seu município, apresentando seus resultados em periódicos especializados e eventos científicos. Num ponto intermediário, encontram-se as estruturas locais que ainda buscam consolidar seus próprios sistemas de informação, encontrando dificuldades quanto à montagem de infra-estrutura de informática (incluindo recursos, equipamentos e pessoal); definição adequada de procedimentos de coleta; conhecimento e acesso restritos quanto às alternativas de processamento e falta ou deficiência de recursos humanos qualificados para a análise das informações obtidas.

Embora as atribuições municipais definidas legalmente apresentem uma abrangência e complexidade que ultrapassam em muito a atual capacidade técnica, administrativa e institucional de grande número de municípios brasileiros, o envolvimento destes com a produção, processamento e análise da informação tenderia a melhorar, em muito, a qualidade e confiabilidade dos dados, além de poder gerar ganhos no que diz respeito à qualidade da prestação de serviços e à capacidade de auto-avaliação do nível local. Podem ser levantados, ainda, outros aspectos positivos, como a facilitação das funções de planejamento, programação, acompanhamento e avaliação; incentivo à participação no esforço de aperfeiçoar o SIS e estímulo à retroalimentação da informação. Quando um profissional de saúde do município recebe em mãos um Informe Técnico, um Boletim, ou qualquer outra publicação contendo a análise de situação de saúde de seu território, instantaneamente sua reação será de motivação. Preencher todos aqueles dados das Fichas e Formulários resultaram em informação completa e consistente, capaz de subsidiar, modificar e/ou validar uma tomada de decisão. Isto é o que denominamos informalmente de “feed-back”, ou seja, a necessidade da informação trabalhada retornar para aquele profissional da ponta, que coleta os dados.

Não se realiza uma análise de situação de saúde completa de um território sem levar em consideração a integração entre todos os SIS disponíveis, da mesma forma que é preconizada a integração constante entre as áreas de Vigilância em Saúde, Assistência, Regulação, etc.

O relacionamento integrado também entre os três entes governamentais é fundamental para o sucesso de tais ações. Sem o concurso e esforço dos planos federal, estadual e municipal é impossível alcançar um sistema de informação eficiente, eficaz e adequado às atuais necessidades das três esferas de atuação. O SIS deve privilegiar cada uma dessas instâncias com informações úteis, confiáveis e oportunas ao desempenho de suas respectivas atribuições no Sistema Único de Saúde. Assim, competirá a cada esfera de atuação a responsabilidade pela definição, estruturação e execução do sistema de informação necessário ao desempenho das funções sob sua responsabilidade, observando, contudo, a compatibilização com as atribuições dos demais entes envolvidos e suas respectivas necessidades na organização e gerência dos serviços.

Há outros equívocos a serem evitados. Muitas vezes, a falta de clareza quanto à informação realmente necessária faz com que sejam coletados dados que não terão qualquer utilidade, sobrecarregando sistemas. Grande quantidade de dados parece dar a ilusória sensação de que a situação está sob controle ou de que se tem tudo o que é necessário para conhecer um problema. A disseminação da informática e as facilidades de uso que oferece acabam por propiciar que esse engano seja muito frequente. É comum, também, que a cada mudança de chefia ou de referência técnica sejam criados novos sistemas, desconsiderando o trabalho desenvolvido pelo antecessor e ignorando o aproveitamento de qualquer componente dos sistemas então existentes. Isto pode gerar desmotivação e descompromisso no restante das equipes técnicas envolvidas. Outra situação a ser evitada é a ausência de integração entre os sistemas da própria instituição, gerando duplicação de dados e esforços.

É fundamental, ainda, que as três esferas de atuação governamental permitam e facilitem o acesso às informações por elas produzidas, inclusive às instâncias acadêmicas e de controle social, e promovam a troca de dados e experiências. A adoção de diretrizes e práticas que permitam a utilização das informações existentes nos três segmentos e o livre fornecimento de dados pode contribuir, significativamente, para a ampliação e aperfeiçoamento do relacionamento entre as estruturas que compõem o SUS.



ATIVIDADE 14

DATASUS

Tempo Estimado: 40 minutos

Objetivo

- Compreender o funcionamento do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

Materiais

- Texto: Entendendo o DATASUS.
- Datashow.



TEXTO PARA LEITURA

ENTENDENDO O DATASUS ¹¹

A informação é fundamental para a democratização da saúde e o aprimoramento de sua gestão. A informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de diretrizes tecnológicas adequadas, é essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do Controle Social sobre a utilização dos recursos disponíveis. (BRASIL, 2008).

Para alcançar tais objetivos foi criado o Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A partir de 2011, o DATASUS passa a integrar a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, conforme Decreto Nº 7.530 de 21 de julho de 2011 que trata da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde.

Segundo este Decreto, compete ao DATASUS:

- I - fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas à manutenção e ao Desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério da Saúde;
- II - desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;
- III - manter o acervo das bases de dados necessários ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional;
- IV - assegurar aos gestores do SUS e aos órgãos congêneres o acesso aos serviços de tecnologia da informação e bases de dados mantidos pelo Ministério da Saúde;
- V - definir programas de cooperação tecnológica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e

transferência de tecnologia e metodologia no segmento de tecnologia da informação em saúde; VI - apoiar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS.

O DATASUS disponibiliza informações de consulta que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

A mensuração do estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública. Teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência, com os avanços no controle das doenças infecciosas e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais. Dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser utilizados na construção de Indicadores de Saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde.

O DATASUS, portanto, fornece as seguintes informações relevantes para a análise de situação de saúde: (BRASIL, 2008).

- Estatísticas vitais (Mortalidade e Nascidos Vivos): Mortalidade por câncer, mortalidade materna, fetal e infantil, causas mal definidas de óbitos, etc.
- Informações Epidemiológicas e Morbidade: Morbidade hospitalar do SUS, doenças de notificação, estado nutricional, câncer de colo de útero e de mama.
- Indicadores de Saúde: Indicadores do Pacto pela Saúde e COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública), indicadores do Pacto pela Atenção Básica.

¹¹ Departamento de Informática do SUS - Datasus. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em 01/07/2013

- Rede Assistencial: Internações hospitalares, produção ambulatorial, imunizações, atenção básica, vigilância alimentar e nutricional.
- Dados Demográficos e socioeconômicos: População residente, educação, trabalho e renda, produto interno bruto (PIB), saneamento.
- Saúde Suplementar: Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- Inquéritos e Pesquisas: PNAD (Pesquisa Nacional por Amstras de Domicílios), VIGITEL (Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), VIVA (Vigilância de Violência e Acidentes), Inquérito Familiar para Fatores de Risco para Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Inquéritos de Saúde Bucal.

Além disso, o DATASUS também fornece diversas informações financeiras, que possibilitam a transparência dos recursos utilizados pelos gestores em Estados e Municípios.

Recursos do SUS - Dados disponíveis para tabulação com o TabNet, em dois grupos: (BRASIL, 2008).

- Recursos Federais do SUS (por Município) - oriundos do Fundo Nacional de Saúde para as transferências a municípios e dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Ambulatoriais (SIA/SUS), do SUS.
- Valores aprovados da produção SUS (por Prestador) - Os dados disponíveis são oriundos dos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e Ambulatoriais (SIA/SUS) do SUS.

Você deve estar se perguntando qual a diferença entre os Sistemas de Informação citados anteriormente e o DATASUS. A principal diferença é que os dados dispostos no DATASUS foram trabalhados através da consulta aos diversos Sistemas de Informação, portanto, a periodicidade e as datas de consulta são mais atrasadas em relação aos Sistemas de Informação. Por exemplo, os dados de internação por especialidade e local estão disponíveis no DATASUS apenas em relação aos três meses anteriores à data atual. Assim, ao consultarmos hoje o DATASUS, teríamos acesso somente aos dados referentes aos anos de 2008 a junho/2013. Por este motivo, se a necessidade for um dado mais atualizado, deverá ser utilizado o Sistema de Informação

ATIVIDADE 15 DINÂMICA ¹²

Tempo Estimado: 1 hora



Objetivo

- Desenvolver a comunicação verbal e a capacidade cognitiva.

Material

- Papel A 4.

ATIVIDADE 16 ENTENDENDO A UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA PRÁTICA DO SERVIÇO – MUNICÍPIO DE ARARAS. PARTE 1

Tempo Estimado: 2 horas



Objetivo

- Aplicar os conhecimentos teóricos apreendidos sobre os Sistemas de Informação em Saúde na prática do serviço através de um estudo de caso.

Material

- Papel A4.
- Estudo de Caso: Município de Araras.

¹² Dinâmica retirada do site: <<http://pt.scribd.com/doc/6093346/Dinâmicas-de-grupo-Para-Jovens-e-Adultos>>. Acesso em: 04 julho 2013.

Após orientação do docente, responda às perguntas abaixo:

- “O Hospital de Araras possui 15 leitos e uma taxa de ocupação de 33%, sendo que a maior parte das internações decorre de condições sensíveis à atenção ambulatorial.” Sistemas de Informação: _____
- “Em se tratando das UBS, a cobertura do PSF alcança 75% da população, oferecendo os seguintes serviços básicos de saúde: consultas médicas, consultas de enfermagem, grupo operativo de hipertensos e diabéticos, vacinação e atendimento a gestante e ao recém-nascido e puericultura.” Sistemas de Informação: _____
- “A VISA conta com apenas um fiscal sanitário de nível médio, que percorre os estabelecimentos da área urbana da cidade, realizando inspeção sanitária e eliminando, assim, diversos riscos na comercialização de produtos à população.” Sistemas de Informação: _____
- “Por volta das 22 horas de sábado, deram entrada no hospital 16 pessoas com sintomas de diarreia, vômitos e dor na região do abdômen. Neste momento, os profissionais do hospital optaram por administrar analgésico e soro via endovenosa aos pacientes e encaminharem os mesmos para suas residências. Na segunda-feira, pelo enorme número de pessoas que chegavam ao hospital, suspeitou-se logo de um surto alimentar.” Sistemas de Informação: _____



TEXTO PARA LEITURA

MUNICÍPIO DE ARARAS¹³

No Módulo I do nosso curso, durante as atividades de dispersão, estudamos o município de Araras. Vamos relembrar o nosso estudo de caso:

O município de Araras possui uma população de aproximadamente 18 mil habitantes e está localizado na região Sul do Estado, há 222 km da capital de Minas Gerais. Distancia-se 40km da cidade de Estância do Sul, que é polo econômico para a região. A economia do município é predominantemente de agropecuária.

Araras possui um Hospital Municipal e duas Unidades Básicas de Saúde, com Programas de Saúde da Família (PSF) recém reformadas e ampliadas com recurso do Estado. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município conta com um setor de Controle de Zoonoses e um de Vigilância Sanitária (VISA).

O Hospital de Araras possui 15 leitos e uma taxa de ocupação de 33%, sendo que a maior parte das internações decorre de condições sensíveis à atenção ambulatorial. Em se tratando das UBS, a cobertura do PSF alcança 75% da população, oferecendo os seguintes serviços básicos de saúde: consultas médicas, consultas de enfermagem, grupo operativo de hipertensos e diabéticos, vacinação e atendimento a gestante e ao recém-nascido e puericultura. Uma das equipes de PSF encontra-se, temporariamente, sem enfermeiro e o médico não participa das ações de promoção devido ao grande número de atendimentos diários e por trabalhar apenas 20 horas na unidade, já que também atende em seu consultório.

As ações de prevenção em saúde são realizadas pela equipe de zoonoses, composta por oito profissionais de nível médio, que fazem visitas domiciliares no intuito de combater os vetores de doenças infecciosas. A VISA conta com apenas um fiscal sanitário de nível médio, que percorre os estabelecimentos da área urbana da cidade, realizando inspeção sanitária e eliminando, assim, diversos riscos na comercialização de produtos à população. A coordenação desses serviços era realizada por uma enfermeira de uma UBS. Devido à falta de veículos, os profissionais de Zoonoses e de VISA não conseguem realizar suas ações na área rural. No período em que não estão em campo, estes profissionais ainda são aproveitados para realizarem a digitação de dados nos programas de saúde (SISVAN, o PCFAD, o SIA-SUS, entre outros). Os mesmos ocupam uma sala na Secretaria de Saúde com apenas um computador, o qual é utilizado para alimentar os sistemas de informação. Cabe mencionar que município ainda não implantou nenhuma ação de saúde do trabalhador.

Interessado em ampliar o atendimento a população, o gestor municipal investiu nos últimos dois anos na equiparação e estruturação do hospital, seja por meio da compra de aparelhos de alto custo ou pela contratação de médicos especialistas. Investiu também na compra de mais duas ambulâncias e contratação de mais um enfermeiro para o atendimento às urgências. O objetivo principal é depender o menos possível do município de Estância do Sul para o encaminhamento dos pacientes.

¹³ Estudo de Caso Milton Cosme Ribeiro. Guia do Curso Técnico em Vigilância em Saúde. Módulo I. Unidade 3. p. 16-17.

Fazendo um balanço dos gastos da prefeitura nos dois primeiros anos de mandato, o contador apresentou a aplicação do recurso da saúde no município: 35% são consumidos nos gastos com o hospital, 30% na folha de pagamento dos funcionários, 12% do recurso é utilizado em consultas e exames especializados, 12% é aplicado na atenção básica e o restante gasto com transporte de pacientes e encargos administrativos. Todos estes gastos foram submetidos e aprovados em Conselho Municipal de Saúde, que se reúne ao ser convocado pela Secretaria Municipal.

Chegada a festa de Santo Antônio, tradicional da cidade de Araras, muitas pessoas retornam para a cidade natal para rever os parentes e amigos. Durante a sexta e o sábado uma multidão lota a praça principal, em busca principalmente das comidas típicas desta época do ano. Por volta das 22 horas de sábado, deram entrada no hospital 16 pessoas com sintomas de diarreia, vômitos e dor na região do abdômen. Neste momento, os profissionais do hospital optaram por administrar analgésico e soro via endovenosa aos pacientes e encaminharem os mesmos para suas residências. Na segunda-feira, pelo enorme número de pessoas que chegavam ao hospital, suspeitou-se logo de um surto alimentar. Até este momento, já eram 48 pessoas atendidas na unidade hospitalar, com 7 casos de internações. A grande necessidade de tratamento fez com o estoque de medicamentos da farmácia municipal fosse esgotado. O Secretário Municipal de Saúde tomou conhecimento do ocorrido e tratou de solicitar a compra de novos medicamentos e ampliar o número de profissionais no plantão do hospital. Controlado o surto, chegou-se ao seguinte balanço: 79 casos de intoxicação, 18 internações, 2 mortes por gastroenterite e 42 mil reais em gastos com a assistência ao enfermos.

Passados alguns dias, o motivo do surto alimentar ainda encontrava-se desconhecido, pois os técnicos da saúde relataram não conhecer os procedimentos de investigação e não terem tempo para investigar. Além disso, muitos comentaram que não sabiam de quem era a responsabilidade para fazer a investigação, pois nunca foram orientados.

O caso tomou repercussão e chegou ao conhecimento da Superintendência Regional de Saúde (SRS) que assiste ao município. Ao comparecerem no município, os técnicos da SRS verificaram que o serviço de vigilância epidemiológica era incipiente, restringindo-se apenas às ações desenvolvidas nas UBS e que o técnico de VISA não era capacitado para auxiliar na investigação, pois havia sido contratado havia 3 meses.

A equipe da SRS concluiu que o município precisa rever sua forma de organização do serviço de vigilância e aproveitou a oportunidade para informar ao gestor quais eram os investimentos que precisavam ser priorizados pela gestão municipal. Enquanto conversavam, o gestor esclareceu que não tem recurso para investir em ações de vigilância em saúde e que o gasto com o tratamento de doenças como hipertensão, infarto e diabetes tem esgotado o recurso que a secretaria dispõe. Relatou também que o que tem ajudado muito é o auxílio do consórcio intermunicipal, o qual possibilita a realização de exames de alto custo e consultas médicas especializadas. Ao ser orientado sobre a existência de recurso específico para as ações de vigilância em saúde, o Secretário encontrou um acúmulo de crédito superior a 8 meses de depósito. Ao final o gestor reconheceu que existem falhas na aplicação dos recursos na saúde e se mostrou favorável a analisar a necessidade das mudanças na gestão.

ATIVIDADE 17

ENTENDENDO A UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA PRÁTICA DO SERVIÇO – MUNICÍPIO DE ARARAS. PARTE 2

Tempo Estimado: 2 horas



Objetivo

- Aplicar os conhecimentos teóricos apreendidos sobre os Sistemas de Informação em Saúde na prática do serviço através de um estudo de caso.

Materiais

- Papel A4.
- Estudo de Caso: Município de Araras.
- Matriz de Avaliação dos Sistemas de Informação Municipal.

Matriz de Avaliação dos Sistemas de Informação Municipal		
ATIVIDADE	PONTUAÇÃO	JUSTIFICATIVA
<u>Informação</u>	O SIS cobre no mínimo 80% dos eventos ocorridos no município.	
	A informação está facilmente disponível e é utilizada para a análise de situação de saúde.	
	Permite gerar indicadores para monitoramento e avaliação de ações de saúde pública.	
	A equipe gestora utiliza as informações para planejamento, implementação de políticas públicas e tomadas de decisão no município.	
<u>Decisão</u>	A análise de situação de saúde é compartilhada com a comunidade (controle social).	
	As informações são utilizadas para auxiliar no conhecimento sanitário da população.	
	Há instrumentos padronizados para coleta de dados.	
<u>Dados</u>	Os dados são preenchidos e digitados corretamente.	
	Há avaliação de inconsistências e incompletitudes.	

ATIVIDADE 18

PRINCIPAIS ATORES DA UTILIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Tempo Estimado: 2 horas



Objetivo

- Refletir sobre a importância da Informação.

Material

- Texto: O uso da informação pelo usuário, pelo profissional de saúde e pelo gestor.

TEXTO PARA LEITURA

O USO DA INFORMAÇÃO PELO USUÁRIO, PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE E PELO GESTOR¹⁴



Há um consenso sobre a importância central da informação para avaliar o sucesso das políticas de saúde. Este consenso se manifesta não apenas na literatura especializada, mas também em relatórios e recomendações de Conferências de Saúde, oficinas de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS) e eventos de sociedades científicas. Informações epidemiológicas, financeiras, orçamentárias, legais, normativas, sócio-econômicas, demográficas e sobre recursos físicos e humanos, oriundas de dados de qualidade, são capazes de revelar a realidade de serviços e ações de saúde e a situação de saúde da população, evidenciando vantagens e problemas de prioridades e investimentos definidos. A demanda por informações em saúde vem aumentando os desafios inerentes a sua utilização para subsidiar a tomada de decisões. Usuários, profissionais e gestores, mas também prestadores de serviços de saúde, instituições de ensino e pesquisa e a sociedade civil organizada são parceiros estratégicos na produção e utilização das informações em saúde. (BROOK, 1996; VILALLBI, 2003 apud BRASIL, 2004).

Combinadas de modo criativo e inovador, a tecnologia da informação e a integração do sistema de informações em saúde constituirão uma poderosa ferramenta na promoção da equidade e na atenção integral à saúde, efetivando e qualificando a atenção básica como principal porta de entrada do cidadão no SUS e integrando-a com os demais níveis de atenção. A valorização de características sócio-demográficas, tais como idade, gênero, raça ou etnia, escolaridade, ocupação e classe social, poderão subsidiar os

esforços de redução das desigualdades em saúde e de ampliação do acesso da população a ações e serviços de qualidade, oportunos e humanizados. Sua aplicação deverá prever a valorização do trabalho humano e a qualificação dos processos de trabalho em saúde, estimulando a participação dos trabalhadores de saúde do SUS na gestão dos serviços, a educação continuada e a democracia nas relações de trabalho. (BRASIL, 2004).

Além disso, a tecnologia da informação e a integração dos sistemas de informação em saúde contribuirão para aperfeiçoar e consolidar a gestão descentralizada do SUS, fortalecendo o comando único do Sistema em cada esfera de governo, aprimorando a descentralização progressiva dos recursos e contribuindo para a orientação das ações de saúde segundo as necessidades e demandas locais. Informática e informação são recursos essenciais para o planejamento e a avaliação de ações de promoção, prevenção e reabilitação, capazes de reduzir a morbimortalidade decorrente das doenças e agravos prevalentes, levando em conta as diversidades locais e regionais, bem como os grupos ou segmentos populacionais mais expostos.

Principais atores da utilização dos Sistemas de Informação em Saúde (BRASIL, 2004):

- Usuários

Os recursos de informática devem facilitar o acesso aos serviços de saúde, agilizando e humanizando o

¹⁴ Texto adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Proposta Versão 2.0. Inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2004.

agendamento e acolhimento das demandas de saúde e promovendo a utilização de informações em saúde por iniciativa do usuário, superando o tradicional uso para finalidades administrativas. Os usuários do SUS deverão ter pleno acesso às suas informações de saúde, valorizando a autonomia e o conhecimento do cidadão. A educação em saúde deverá ser privilegiada pela política de informação em saúde, fortalecendo a autonomia e o autocuidado de saúde e orientando como conviver com as doenças e como se manter saudável. A tecnologia e a informação em saúde também deverão facilitar aos usuários o conhecimento da situação de saúde da população e as características de serviços e profissionais.

A tecnologia da informação pode ajudar a criar no usuário um dos preceitos básicos para o autocuidado em saúde: A consciência sanitária!

- Profissionais de saúde

Apoiar a prática profissional, facilitando e organizando os registros rotineiros, oportunizando a realização de consultas e relatórios sobre as informações produzidas, facilitando o agendamento, a referência e a contra-referência de usuários estão entre os usos potenciais mais importantes da informação e a informática em saúde. Recursos como, por exemplo, prontuário eletrônico de saúde, protocolos clínicos e programáticos, alertas, notificações, sistemas de apoio à decisão e consulta assistida à distância (TeleSaúde) aprimoram o trabalho dos profissionais de saúde, beneficiando, em consequência, os usuários do SUS. Da mesma forma, a facilidade de acesso e o apoio à produção de conhecimento científico, a capacitação e a educação continuada, ensino à distância, a educação em saúde da

população, a avaliação e desempenho de profissionais, equipes e serviços, juntamente com a análise da situação de saúde da população, deverão ser priorizadas pela política de informação para apoiar a prática profissional.

A tecnologia da informação facilita o trabalho dos profissionais, auxiliando na otimização do tempo, organização do serviço e possibilidade de realização de análises de situação de forma mais prática e completa.

- Gestores

O uso da informação em saúde deverá contribuir para o aperfeiçoamento e consolidação da gestão descentralizada do SUS, de modo a efetivar o comando único do sistema em cada esfera de governo e aprimorar o processo de descentralização progressiva de recursos, contribuindo para o atendimento segundo as necessidades e demandas locais de saúde. A informação em saúde e a informática dinamizam a gestão, ao facilitar o acompanhamento financeiro, administrativo e das políticas de saúde; ao subsidiar o planejamento e programação de ações e o estabelecimento de prioridades; ao monitorar as ações do SUS, avaliando desempenho, processos e impacto dos serviços; ao qualificar as atividades de controle, avaliação, regulação e auditoria; ao agilizar o acesso ao conhecimento; ao possibilitar a realização de consultas e relatórios sobre informações em saúde e ao agilizar a troca de informação com outras esferas do SUS.

A tecnologia da informação auxilia os gestores nos processos principais da gestão: Realização de análises e tomada de decisões.



ATIVIDADE 19

DINÂMICA¹⁵

Tempo Estimado: 40 minutos

Objetivo

- Refletir sobre o processo de trabalho do Técnico em Vigilância em Saúde

Material

- Oito fotografias (de revistas, livros, etc) apresentando cenas diversas que possam refletir sobre o trabalho do técnico em Vigilância em Saúde.

¹⁵ Disponível em: <<http://dinamicasparagrupos.blogspot.com.br/2010/11/dinamica-de-grupo-19.html>> Acesso em 5 julho 2013.

ATIVIDADE 20

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DATASUS.

PARTE 1

Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos



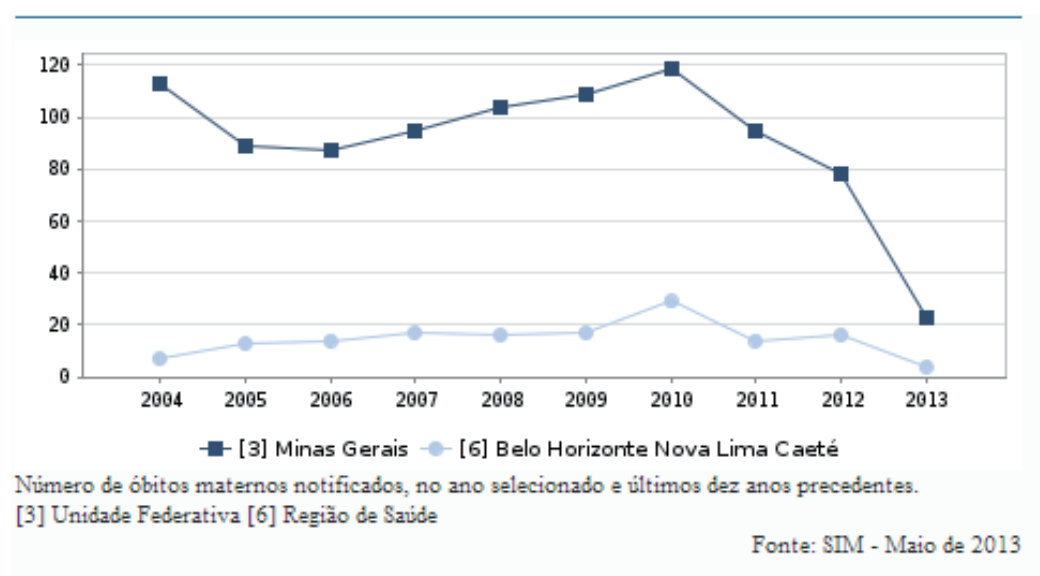
Objetivo

- Realizar pequenas análises de situação de saúde através de dados retirados do DATASUS.

Materiais

- Papel A4.
- Gráfico.

Após analisar o gráfico abaixo, responda às perguntas:



- A comparação dos dados de Minas Gerais se dá com qual região de saúde?
- Em qual ano a região de saúde relatada apresentou o maior pico de óbitos? Esta situação é condizente com o que aconteceu em Minas Gerais?
- Como está a situação dos óbitos nesta região em comparação com o Estado? Está abaixo ou acima da média estadual?
- Cite uma ação que minimiza a ocorrência dos óbitos neste contexto.



ATIVIDADE 21

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DATASUS. PARTE 2

Tempo Estimado: 1 hora

Objetivo

- Realizar pequenas análises de situação de saúde através de dados retirados do DATASUS.

Material

- Tabela: Nascidos vivos segundo município de ocorrência e tipo de parto.

Após analisar a tabela abaixo, responda às perguntas:

- O que representa a tabela abaixo?
- Calcule as proporções de parto vaginal e parto cesáreo para cada município, completando a última coluna da tabela abaixo:

Exemplo:

Município de Belo Horizonte:

Total de partos: 31.147

Total de partos vaginal: 15.644

Cálculo: $15.644 \div 31.147 \times 100 = 50,2\%$ de partos vaginais.

Total de partos: 31.147

Total de partos cesáreo: 15.475

Cálculo: $15.475 \div 31.147 \times 100 = 49,6\%$ de partos cesáreos.

- Qual o tipo de parto mais recorrente em cada município no ano analisado?
 - Belo Horizonte:
 - Betim:
 - Contagem:
 - Nova Lima:

Município	Vaginal	Proporção %	Cesáreo	Proporção %	Ignorado	Total
Belo Horizonte	15.644	50,2	15.475	49,6	28	31.147
Betim	3.333		2.676		7	6.016
Contagem	4.159		4.082		4	845
Nova Lima	468		728		0	1.196
Total	23.604		22.961		39	46.604

Nascidos vivos segundo município de ocorrência e tipo de parto.

Municípios: Belo Horizonte, Betim, Contagem, Nova Lima.

Período: 2010.

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)

ATIVIDADE 22

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: ENTRAVES QUE DIFICULTAM A QUALIDADE DOS DADOS

Tempo Estimado: 1 hora e 30 minutos



Objetivo

- Compreender alguns entraves que dificultam a qualidade dos dados dos Sistemas de Informação.

Materiais

- Texto: Cobertura e completude dos registros nos principais Sistemas de Informação em Saúde no Brasil.
- Papel A4.

Principais entraves			
Sistema de Informação	SINASC	SIM	SINAN



TEXTO PARA LEITURA

COBERTURA E COMPLETUDE DOS REGISTROS NOS PRINCIPAIS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Janaina Fonseca Almeida¹⁶

A cobertura dos sistemas de saúde constitui uma das dimensões mais importantes de sua avaliação e diz respeito à proporção de casos existentes que é registrada. O ideal seria que os Sistemas de Informação conseguissem captar 100% dos casos que deveriam registrar, mas sabemos que se trata de um processo ainda em construção. Para o cálculo da cobertura é, portanto, fundamental ter uma estimativa total das ocorrências, o que é feito por intermédio de diversas metodologias, dependendo do foco de cada sistema de informação.

A cobertura varia tanto entre os sistemas abordados como no âmbito de um mesmo sistema e depende fortemente da organização dos serviços de atenção à saúde em cada localidade. Até mesmo no caso do SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), que se destaca dentre todos os sistemas pelo alto índice de cobertura, existem variações ao longo do país, tendo sido destacado o pior desempenho nas regiões Norte e Nordeste. Isso provavelmente também ocorre com os demais sistemas de informação.

O SINASC teve sua implantação no contexto do Desenvolvimento da política de saúde brasileira em que o movimento pela municipalização estava se desenhando. Alguns municípios já assumiam tarefas relacionadas à vigilância epidemiológica e aos sistemas de informação em saúde, que anteriormente eram de competência exclusiva dos estados. Desse modo, o Desenvolvimento do SINASC não só captou as experiências e as necessidades dos municípios, como foi um sistema de informação introduzido já com um desenho que contemplava a descentralização e a municipalização (ALMEIDA, 1998). Assim, a implantação descentralizada do SINASC teria ajudado os municípios a começar a gerir suas próprias informações de saúde. Atualmente, defende-se a necessidade de aprofundar o processo de descentralização, estendendo-o até as maternidades, o que resultaria maior rapidez na identificação de situações de risco do recém-nascido no nível local, assim como a tomada mais imediata de decisões sobre as medidas preventivas e curativas necessárias. Essa seria uma estratégia no sentido de que cada vez mais os municípios e mesmo unidades hospitalares possam se capacitar para analisar e consolidar os dados oriundos da Declaração de Nascimento (DN).

Tanto a DN quanto a DO (Declaração de Óbito) possuem um formato em três vias, sendo que somente será efetuado o Registro Civil ou o Sepultamento mediante apresentação de uma das vias no Cartório. Esta obrigatoriedade faz com que o número de DN's e DO's não preenchidas seja mínimo, uma vez que a falta de registro civil pode ser denunciada ao Conselho Tutelar e o sepultamento clandestino é crime no Brasil. Portanto, podemos concluir que no SINASC e no SIM temos uma cobertura regular dos dados. Mas e em relação à completude? O que irá gerar informação de qualidade é o correto preenchimento da DN e da DO, que muitas vezes não ocorre nos serviços de saúde.

Para fazer frente aos problemas de completude das DN's, ressalta-se o papel fundamental da equipe municipal que trabalha com as informações do SINASC. Primeiro, no sentido de qualificar as informações que foram preenchidas pelos hospitais. Em um segundo momento, no sentido de ser capaz de dotar tais informações de caráter prospectivo, isto é, transformá-las em instrumentos que permitam ações de vigilância em saúde e avaliação da qualidade dos serviços realizados pelos postos de saúde e pelas maternidades.

Brasil (2009) cita algumas recomendações para melhoria da qualidade dos dados do SINASC: Investir na capacitação dos profissionais que trabalham nos serviços, bem como na qualificação das equipes; e descentralizar a coleta para os serviços, com utilização da internet, propiciando acesso diferenciado para os diversos níveis da gestão: aos hospitais, para a digitação e a consulta de seus dados, e, para o nível federal, por exemplo, acesso à rede a qualquer momento.

O SINASC constitui, sem dúvida, uma das experiências mais exitosas no que se refere ao monitoramento da saúde da mulher e da criança. Sua utilização para o cálculo direto da mortalidade infantil em todo o país ainda depende de melhoramentos na cobertura e na qualidade das informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

O SIM teve seu Desenvolvimento de forma gradativa no Brasil. Trata-se do sistema mais antigo já implantado, e que até os dias de hoje ainda necessita de muitos ajustes. Dificuldades no preenchimento dos atestados, baixa qualificação técnica, fluxos inexistentes ou

¹⁶ Enfermeira. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Coordenadora Estadual de Doenças e Agravos Transmissíveis. Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador. Especialista em Qualidade nos Serviços de Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

pouco institucionalizados, existência de cemitérios clandestinos, entre outros, são alguns exemplos das dificuldades iniciais do SIM que demandaram estratégias diferentes de acordo com cada realidade local. O apoio da OMS (Organização Mundial da Saúde) e da OPAS (Organização Pan Americana da Saúde), o investimento do Ministério da Saúde e o envolvimento de profissionais e gestores com o sistema são apontados como elementos fundamentais para a implantação e o posterior Desenvolvimento do SIM no país. (BRASIL, 2009).

No âmbito dos estados e municípios, o SIM tem possibilitado o Desenvolvimento de análises sobre a mortalidade, na perspectiva de desenvolver ações de vigilância em saúde, em seu sentido amplo, e subsidiar a gestão e a tomada de decisões em saúde. Aqui também os estudos mais frequentes estão relacionados à mortalidade infantil e materna, em que experiências de cruzamento com informações de outros sistemas – como o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o sistema de informações do IBGE – têm se mostrado promissoras. Em alguns estados e municípios, outros estudos sobre mortalidade têm sido feitos, muitas vezes com caráter de prioridade de gestão. Destacam-se, nessa direção, análises sobre as mortes presumivelmente evitáveis e a mortalidade precoce, violências, doenças crônicas, entre outras. (BRASIL, 2009).

Quando o SIM foi instituído, o sub-registro de óbitos apresentava um percentual bastante elevado, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. Progressivamente, porém, o sistema conseguiu avançar de forma significativa em termos de sua cobertura, atingindo o percentual médio no país de 84%, em 2003, com variações de menos de 60% em alguns estados na região Nordeste e até mais de 90% nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. (BRASIL, 2009). Provavelmente o maior problema que o SIM enfrenta atualmente é o descaso para o preenchimento da DO. O pouco interesse e a falta de importância em relação aos dados por alguns profissionais médicos causam inúmeros entraves na qualidade da informação. Os óbitos ocorridos em emergências e em internações hospitalares com tempo de permanência inferior a 24 horas são aqueles cujas causas mal definidas assumem elevada proporção. Isso se deve a certa cultura arraigada entre os médicos de que se a pessoa que faleceu não estava sendo por ele acompanhada anteriormente, seria mais prudente registrar os sintomas e os sinais ou, então, a causa indeterminada, o que, certamente, é um equívoco. O elevado número de óbitos com causa básica mal definida compromete a qualidade do dado, dificultando a utilização da informação em prol da redução do número de óbitos naquele território.

As variáveis presentes na DO que indicam óbito materno (campos 43 e 44) possuem índice elevado de não preenchimento e são essenciais para o controle do óbito materno no país. Há também os campos 33 a 42, que representam os óbitos em menores de 1 ano e também fornecem a informação-chave para o controle do óbito infantil. A implantação de serviços de verificação de óbitos (SVO) foi considerada uma estratégia com potencial de redução do número de causas mal definidas. Sua implantação e seu funcionamento dependem do estabelecimento de protocolos, fluxos e rotinas, definidas por intermédio de aparato legal, de forma a padronizar sua atuação e evitar encaminhamentos de casos que poderiam ser resolvidos na unidade hospitalar onde ocorreu o óbito. No Estado de Minas Gerais, a implantação de um SVO está em andamento e em breve poderemos contar com este aparato para a melhoria das informações de mortalidade.

Sendo assim, propostas e estratégias para superação dos problemas de cobertura e qualidade da informação ainda persistentes têm sido implantadas em diversos locais, envolvendo iniciativas, isoladas ou conjuntas, dos municípios, das SES e do Ministério da Saúde. O aprofundamento do processo de capacitação dos profissionais, como um processo permanente, é uma delas. É inegável que o pleno funcionamento do SIM depende da qualidade do preenchimento da DO, o que, por sua vez, exige profissionais capacitados para isto. Sem dúvida nenhuma, a responsabilização dos gestores, em todos os níveis, é de vital importância para o avanço do sistema, e a construção de processos de pactuação tem se revelado promissora em termos da melhoria da informação em saúde.

Já em relação ao SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), os esforços são apontados para corrigir a subnotificação das doenças e agravos, bem como a duplicação (mesmo registro realizado por duas vezes) e as inconsistências (dados que não conferem, incorretos) no banco de dados.

O SINAN é essencial para as atividades de vigilância epidemiológica, porque é por seu intermédio que fluem as informações sobre as doenças de notificação compulsória e os agravos de interesse, desde as unidades locais até o Ministério da Saúde, passando pelas secretarias municipais e estaduais de saúde.

Conforme aponta Waldman (1998), a subnotificação é uma limitação deste sistema de informação vinculado à vigilância epidemiológica. Embora isso não constitua um impedimento para a utilização do SINAN com fim de conhecimento da realidade epidemiológica de determinada área geográfica, o sistema deve ser alvo de avaliações periódicas nos serviços, de modo a quantificar e qualificar a proporção e o tipo de perdas

de informação que possam estar presentes. Entre os fatores que o citado autor considera que estão relacionados com a subnotificação destacam-se: a falta de conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, da importância e dos procedimentos necessários para a notificação; a falta de adesão à notificação, em função do tempo exigido para preencher a ficha e da ausência de retorno da informação analisada com recomendações técnicas pertinentes; e a falta de percepção dos profissionais a respeito da relevância pública das doenças submetidas à vigilância.

Além do já mencionado, é importante ser ressaltado que a subnotificação pode também ser causada por uma falta de homogeneidade, agregando dificuldades adicionais para a identificação de tendências, grupos e fatores de risco. Os dois erros sistemáticos mais observados são a tendência a se notificar mais os casos de maior gravidade e os hospitalizados do que os de características benignas, ainda que estes últimos possam constituir as principais fontes de infecção; e maior incidência de notificações de doenças que estão sendo focalizadas pelos meios de comunicação (como por exemplo, a Influenza e a Dengue, que são doenças que causam grande impacto na mídia).

Todos os fatores descritos contribuem não só para a subnotificação, mas também para a baixa qualidade dos registros das investigações dos casos notificados. Embora às fichas de notificação que compõem o sistema de vigilância epidemiológica estejam anexadas as instruções para seu correto preenchimento, isso pode não ser suficiente para que as informações sejam registradas de forma correta. Waldman (1998) resalta que a participação dos profissionais de saúde na coleta de dados é essencial e que, portanto, há necessidade de esclarecer as equipes a respeito da importância dessa atividade. O primeiro contato com o caso suspeito é o momento ideal para que o profissional preencha a Ficha de Investigação, preocupando-se em completar todos os campos da melhor maneira possível. Além disso, com vistas a elevar a notificação e a garantir a completude e a qualidade das informações, vale reforçar a necessidade constante de capacitação dos profissionais. A notificação de doenças e agravos compulsórios é regida por legislação nacional, portanto, todo profissional de saúde tem a obrigação de notificar.

Muitas vezes a desestruturação da vigilância no nível local gera a falta de cobertura e a inconsistência das informações. As áreas de Assistência e Atenção Primária são as maiores responsáveis pelo preenchimento das Fichas de Investigação (afinal de

contas, estão em contato direto e constante com o paciente), porém, o serviço de Vigilância em Saúde Municipal tem o dever de capacitar, acompanhar e monitorar se o preenchimento destas fichas está ocorrendo da forma como deve ser.

Outro aspecto a ser ressaltado é a precariedade de cobertura do setor privado, que não compreende a necessidade de notificação dos agravos. Isso contribui não só para o quadro das subnotificações como um todo, mas para uma subnotificação mais concentrada para alguns agravos e em algumas regiões, em particular naquelas localidades onde existe maior participação dos planos de saúde. Já o grau de subnotificação tende a ser menor para aqueles agravos em que a notificação é condição para o acesso a medicamentos, como é o caso da tuberculose e da Aids. Deve ser criada no profissional ainda em formação (cursos técnicos e cursos de nível superior na área da saúde) a consciência da importância da notificação, visando a melhoria desta prática tanto nos serviços públicos quanto privados.

A qualidade da informação é consequência da qualidade com que se realizam as etapas, desde a coleta ou registro até a disponibilização dos dados produzidos pelos sistemas de informação. No caso do SINAN, a qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados gerados no local onde ocorre o evento sanitário. É também nesse nível que os dados devem primariamente ser tratados e estruturados para que se constituam em instrumentos capazes de subsidiar um processo dinâmico de planejamento, avaliação, manutenção e aprimoramento das ações. Nesse sentido, algumas medidas têm sido tomadas para tornar cada vez mais difundida, entre os gestores do sistema de saúde, a importância da notificação, principalmente daquela feita com qualidade. Recomenda-se que a qualidade das informações seja verificada antes do envio dos dados ao sistema, para garantir o preenchimento mais completo possível dos campos. A mesma recomendação é feita em relação ao SINAN, sendo definidas atribuições de atualização, correção, exclusão e identificação de duplicidade de registros entre os níveis municipal e estadual para subsidiar análises epidemiológicas e operacionais e apoiar a tomada de decisão.

Planejar significa preparar e organizar bem a ação e acompanhar para confirmar ou corrigir o decidido e nesse contexto, conhecer e avaliar a abrangência e o desempenho de cada sistema de informação é imprescindível para sua utilização e contínuo aperfeiçoamento.

ATIVIDADE 23

ESTUDO DE CASO: MUNICÍPIO DE GAIVOTAS

Tempo Estimado: 2 horas



Objetivo

- Compreender a importância e a utilização dos Sistemas de Informação para subsídio das políticas de saúde.

Material

- Estudo de Caso: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no município de Gaivotas

Após a leitura do Estudo de Caso, responda às perguntas abaixo:

- Como você avalia a iniciativa do Secretário Municipal de Saúde de Gaivotas?
- Qual o prognóstico (visão de futuro) deste município para os próximos anos em relação à mortalidade infantil? Irá aumentar ou diminuir? Justifique.
- Vamos ajudar a equipe do município de Gaivotas a organizar suas ações? Visando o planejamento do que foi discutido no Estudo de Caso, complete a Matriz de Melhoria abaixo:

Matriz de melhoria para o SIM no município de Gaivotas					
Caracterização do Problema			Plano de Intervenção		
Problema	Impactos gerados	Possíveis causas do problema	Prazo para intervenção	Principais estratégias	Impacto esperado

TEXTO PARA LEITURA**ESTUDO DE CASO: SISTEMA DE INFORMAÇÃO
SOBRE MORTALIDADE (SIM) NO MUNICÍPIO DE
GAIVOTAS**

O Secretário Municipal de Saúde do Município de Gaivotas estava muito preocupado com a mortalidade infantil no seu território de abrangência. Apenas no ano de 2012, foram confirmadas inúmeras mortes infantis no Hospital Municipal, portanto a situação era bastante preocupante. O município possui 50 mil habitantes, e sempre houve precariedade dos dados nas gestões anteriores. O primeiro passo para planejar as ações de redução da mortalidade infantil seria a realização de uma análise do SIM, buscando informações concretas para a tomada de decisões.

Em conjunto com as Referências Técnicas Municipais (Vigilância em Saúde e Atenção Primária) o gestor municipal de Gaivotas iniciou sua análise.

Primeiramente foram levantados no SIM todos os óbitos fetais e infantis de menores de um ano ocorridos no município no período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2012. A coleta de dados utilizou instrumento padronizado e objetivou a identificação tanto de Declarações de Óbito (DO) emitidas e informadas ao SIM como de óbitos que não geraram as respectivas DO's. Foram utilizadas as seguintes fontes de informações (através de busca ativa): cartórios; cemitérios oficiais e não oficiais (livros de registro, guias de sepultamento); estabelecimentos de saúde (livros de estatísticas hospitalares, de controle de admissão e alta e da sala de parto, guias de Autorização de Internação Hospitalar - AIH e, prontuários); agentes comunitários de saúde, profissionais do PSF (informações escritas na ficha D do SIAB e verbais); informantes-chave como parteiras tradicionais, líderes comunitários, curandeiros, rezadeiras, além de funerárias e farmácias. Foram utilizadas múltiplas fontes com o intuito de verificar a confiabilidade das informações coletadas.

A análise dos dados consistiu em identificar as principais fontes de notificação e estimar a cobertura de óbitos informados no SIM, em comparação com o número de óbitos não informados (cobertura do sistema).

Resultados:

O processo de busca ativa identificou 344 óbitos infantis não processados no SIM. Portanto, a equipe concluiu que o número de óbitos infantis era ainda maior que o esperado, ou seja, 344 óbitos não estavam registrados no Sistema. Durante este tempo o município deixou de codificar e digitar as

DO's, deixando-as guardadas na gaveta esperando o próximo funcionário, substituto do anterior, que era contratado e foi demitido. Como o Concurso Público do município foi realizado três meses depois, o serviço ficou sem digitador durante todo este tempo.

Para a obtenção deste dado, a principal contribuição das fontes de notificação pesquisadas foi a dos estabelecimentos de saúde, cemitérios e PSF/PACS. Entre os óbitos identificados através da fonte PSF/PACS (39 óbitos), apenas 5,1% estavam processados no SIM. A equipe percebeu a importância da integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária, que se complementam a todo instante para a coleta e utilização das informações de saúde. O secretário ressaltou que nas gestões anteriores percebia-se a ausência de mecanismos de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para o preenchimento, codificação e digitação da DO, além disso, havia também insuficiência de supervisão e alta rotatividade de técnicos para o gerenciamento da informação em nível municipal, visto que havia oito anos que o município não realizava um concurso público.

A equipe concluiu que a cobertura do SIM no município era baixa, portanto, diversas ações deveriam ser colocadas em prática tanto para a melhoria das informações do sistema quanto para a redução da mortalidade infantil.

O baixo percentual de informação ao SIM das mortes infantis encontradas em fontes integrantes do sistema de saúde, aponta para a necessidade de fortalecimento das ações de notificação e coleta de DO nos estabelecimentos de saúde bem como o resgate da informação entre as equipes de saúde da família (e/ou agentes comunitários). O PACS/PSF tem desempenhado um importante papel, principalmente com a expansão de cobertura da atenção básica em saúde desde a década de 1990. O estudo dessas fontes vem confirmando sua importância na melhoria da qualidade dos dados. Iniciativas devem ser realizadas no sentido de melhorar a adesão desses profissionais à notificação de eventos vitais (nascimentos e óbitos).

Para áreas com baixa cobertura dos serviços de saúde, especialmente na zona rural, a estratégia de captação dos óbitos a partir do registro civil via cartórios mostrou-se insuficiente, o que comprova os resultados encontrados. Este fato ocorre devido ao sub-registro de nascimentos e óbitos, não reconhecimento da importância do documento e também dos sepultamentos ilegais sem a emissão da certidão de óbito.

A equipe ainda realizou outras discussões:

- A existência de sistemas de informações acessíveis e confiáveis na esfera municipal é condição essencial para a elaboração do diagnóstico, planejamento e programação de ações efetivas na melhoria da situação de saúde. Nesse sentido, a subnotificação de eventos vitais é um sério obstáculo ao conhecimento de importantes indicadores epidemiológicos, limitando o uso dos dados provenientes dos sistemas de informação.
- As outras fontes de informação (estabelecimentos de saúde, PSF\PACS, cemitérios, informantes-chave, etc) são essenciais para o complemento do dado. Os estabelecimentos de saúde colaboram na recuperação de óbitos hospitalares e os agentes comunitários de saúde com a recuperação de óbitos domiciliares, onde não houve assistência médica.
- O baixo percentual de óbitos processados no SIM provenientes das fontes oficiais (cartórios), que deveriam registrar 100% dos óbitos para a emissão da Certidão de Óbito, está relacionado aos problemas no registro e notificação, resultado da não emissão da DO. Em razão da área rural ser extensa, a população tem dificuldades de chegar até o cartório para a emissão da Certidão de Óbito, e acabam utilizando o sepultamento clandestino.
- No modelo de operacionalização do SIM, o objetivo final é a produção e divulgação de informação de qualidade para subsidiar as políticas de saúde. O componente "busca ativa em fontes alternativas" deve ser incluído como atividade no município, uma vez que há precariedade dos dados e estas fontes tiveram grande importância na captação dos óbitos.
- Os médicos do município não estão sensibilizados para o correto preenchimento da DO, deixando muitos campos em branco. É necessário realizar uma ação com estes profissionais visando à melhoria da coleta dos dados.
- Portanto, dois pontos chave são essenciais para melhorar a notificação dos óbitos no município: Fortalecimento local da notificação de óbitos em fontes oficiais, como os estabelecimentos de saúde, cemitérios e cartórios; e busca ativa

em fontes alternativas, tais como o PACS\PSF e cemitérios não oficiais (clandestinos). Aliado a isto, enfatizou-se também a capacitação de recursos humanos.

A equipe do município de Gaivotas percebeu a importância deste diagnóstico para o subsídio das próximas decisões, que seria colocar em prática efetivamente tudo que foi dito, visando melhorar a qualidade dos dados e a redução da mortalidade infantil.

O secretário municipal realizou um relatório final e entregou ao prefeito, que aceitou prover recursos para capacitação dos profissionais.

Em conjunto com a Superintendência Regional de Saúde foi realizada uma Oficina de Vigilância do Óbito, englobando todos os profissionais de saúde do município: Atenção Primária, Assistência à Saúde (Rede Hospitalar), Vigilância em Saúde, etc. Nesta oficina buscou-se trabalhar principalmente a sensibilização em relação à importância da Declaração de Óbito e dos dados a serem inseridos no SIM.

Foi realizado também uma ação de sensibilização nos Cartórios, cemitérios e outras fontes de informações, visando parcerias para o auxílio à informação de qualidade e a redução da subnotificação. Vários funcionários do município foram recrutados para ficarem responsáveis pela busca ativa nestes locais.

O próximo passo, de igual importância, será a realização de um estudo das causas de óbito no município, após qualificação do SIM. Este estudo será responsável pelo diagnóstico das principais causas do óbito infantil, permitindo ao gestor descobrir onde está o problema: Na Atenção Primária? Na Assistência à Saúde? O Sistema de Informação devidamente qualificado é capaz de fornecer este subsídio necessário para a mudança da situação de saúde da população em um município.

ATIVIDADE 24

O IMPACTO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA A POPULAÇÃO E SUA UTILIZAÇÃO NA MÍDIA



Tempo Estimado: 2 horas

Objetivo

- Entender como as informações fornecidas pelos Sistemas de Informação atingem a mídia e a população em geral.

Materiais

- Reportagem 1: “Taxa de Mortalidade diminui 25% em Minas Gerais”.
- Reportagem 2: “Usuários vão avaliar qualidade das internações hospitalares”.

Após orientação do docente, responda às perguntas abaixo:

1. Qual o Sistema de Informação utilizado para possibilitar a avaliação dos dados que constam em cada uma das reportagens?
2. Qual a importância que os Sistemas de Informação exercem sobre o conhecimento da população acerca da situação de saúde?
3. Qual o impacto na mídia dos dados fornecidos pelos Sistemas de Informação?
4. Este impacto é considerado negativo ou positivo em cada uma das três reportagens?

Taxa de mortalidade infantil diminui 25% em Minas Gerais¹⁷

Ernesto Braga - Hoje em Dia - 24/03/2013.

Dione Afonso/Hoje em Dia



UTI neonatal do Hospital Universitário de Montes Claros atende a vários municípios do Norte de Minas

Em sete anos, a taxa de mortalidade infantil diminuiu 25,5% em Minas. Caiu de 17,5 mortes por causas naturais (para cada mil nascidos vivos), em 2003, para 13,08, em 2010. Em 2014, a meta da Secretaria de Estado da Saúde (SES) é reduzir o índice para 10,61 óbitos de crianças com até 1 ano por grupo de mil recém-nascidos.

Para alcançar esse objetivo, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi anunciado investimento para reverter quadros de prematuridade, infecções, asfixias e malformações congênitas, principais causas da mortalidade infantil. Serão criados, por exemplo, 145 novos leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal e pediátrico.

Sul de Minas

O desafio da SES será reduzir o número de mortes em regiões do Estado que, segundo avaliação da própria secretaria, contam com mais estrutura na rede pública de saúde. No ano passado, das 1.046 mortes de crianças nessa faixa etária registradas pela Superintendência de Epidemiologia, a maioria foi no Sul de Minas: 320, ou 22,7%. Com 29 casos, Pouso Alegre aparece no topo do ranking.

Com 214 óbitos (15,2%), a Zona da Mata também ficou na frente de regiões mais pobres. O Norte de Minas teve 169 (12%) e os vales do Jequitinhonha e Mucuri, 101 (7,1%). “Faço a seguinte pergunta: Será que o Sul de Minas, com toda a estrutura que tem, não poderia produzir resultados mais expressivos na redução da mortalidade infantil?”, questiona a médica

Maria Albertina Santiago Rego, referência técnica em Saúde da Mulher e da Criança da SES.

Ela não descarta, no entanto, a possibilidade de a mortalidade infantil ser mais expressiva no Sul de Minas e Zona da Mata pelo fato de essas regiões registrarem maior quantidade de nascimentos. “Por esse motivo, o ideal é trabalharmos com a taxa, que é mais demonstrativa”, diz a especialista.

O secretário de Saúde de Pouso Alegre, Luiz Augusto Faria Cardoso, lembra que o município é referência em saúde para uma população de quase um milhão de pessoas, de 55 cidades do entorno. “A demanda por UTI neonatal é muito grande. Para reduzir os números de mortalidade infantil, precisamos que o Estado dê mais suporte”, afirma.

Subnotificação

A taxa de mortalidade é baseada na quantidade de óbitos de crianças com até 1 ano, número que é dividido pelo total de nascidos vivos. Em seguida, o resultado é multiplicado por mil. “Não podemos desconsiderar a possibilidade de haver um número maior de mortes nos municípios mais pobres e alguns casos não estarem sendo notificados”, afirma Maria Albertina.

Segundo a presidente do Comitê de Reanimação Neonatal da SMP, Vanessa Devitto Miranda, 60% das mortes ocorrem até o sétimo dia de vida. “É a chamada mortalidade neonatal, e 68% desses óbitos são causados por asfixia. Fazemos um trabalho no interior para diminuir essa estatística”. (Com Margarida Hallacoc).

¹⁷ <http://www.hojeemdia.com.br/minas/taxa-de-mortalidade-infantil-diminui-25-em-minas-gerais-1.104964>

Usuários vão avaliar qualidade das internações hospitalares¹⁸

Qua, 07 de Dezembro de 2011 11:10

Notícias - Reportagens

Share



Foto: Ilda Nogueira

Atendimento hospitalar será avaliado pelos usuários do SUS

Ministério da Saúde enviará cartas a casa dos pacientes, que analisarão a agilidade e a qualidade do atendimento e poderão denunciar irregularidades (Fonte: Agência Saúde)

O Ministério da Saúde lançou no final de novembro uma nova ferramenta de ouvidoria para receber sugestões, críticas e até mesmo denúncias de usuários internados nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de janeiro, todos os pacientes da rede hospitalar públicas receberão, em casa, uma carta-resposta para que avaliem o atendimento recebido.

A correspondência, enviada em uma parceria do ministério com os Correios, terá porte-pago, ou seja, seu retorno não terá nenhum custo para o usuário do SUS.

Ao receber a carta, o paciente poderá avaliar a qualidade e a agilidade do atendimento prestado e denunciar se foi vítima de algum abuso ou irregularidade, como a cobrança de procedimentos nos hospitais do SUS.

"Estamos criando mais este meio de comunicação entre o cidadão e o ministério, com a expectativa de usarmos o retorno dado pelos usuários para aperfeiçoar o atendimento", destaca o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Em todo o país, o SUS interna cerca de um milhão de pessoas por mês. Com o envio das cartas, que será permanente, serão gerados relatórios de avaliação do atendimento. Em caso de irregularidades, serão desencadeados processos de auditoria para averiguar se houve desvio de recursos ou má aplicação de verba pública.

Transparência - Além do questionário para a avaliação do paciente, a Carta SUS trará dados como a data da entrada no hospital, o dia da alta e o motivo da internação. O usuário poderá conferir se os dados estão corretos e correspondem ao serviço prestado de fato e conhecerá o custo total da internação.

Os endereços serão obtidos nos formulários de Autorização para Internação Hospitalar (AIH), instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde para avaliar as ações e serviços do SUS. A AIH integra o Sistema de Informação Hospitalar, que fornece os dados de quais e quantos procedimentos hospitalares foram realizados e os recursos repassados aos estados e municípios para pagamento ao hospital, com regras e critérios pactuados. Portanto, o formulário é instrumento essencial para a gestão dos hospitais e controle de gastos públicos.

Ouvidoria ativa - O Ministério da Saúde está aprimorando os mecanismos de comunicação direta com o cidadão para aperfeiçoar o atendimento

¹⁸ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/3506/162/usuarios-vao-avaliar-qualidade-das-internacoes-hospitales.html>

e ampliar a transparência do SUS. Neste ano, o telefone da ouvidoria foi simplificado: dos antigos dez dígitos, passou a responder pelo 136, de mais fácil memorização e uso pela população. O serviço é gratuito, de telefone residencial, público ou celular.

Até outubro de 2011, o Disque-Saúde já recebeu mais de 3,2 milhões de ligações e disseminou 6 milhões de informações. Os temas que geraram maior número de ligações foram o Programa Farmácia Popular (24,2%), tabagismo (23%) e Aids (10,1%).



ATIVIDADE 25

AVALIAÇÃO

Tempo Estimado: 2 horas

Objetivo

- Verificar se o aluno absorveu os conhecimentos apresentados na Unidade, identificando os progressos e as dificuldades do aluno, visando recuperá-lo.

Material

- Nenhum

REFERÊNCIAS

- HOUAISS, A. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008. Disponível em: www.houaiss.uol.com.br/busca.jhtm. Acesso em 17/06/2013.
- MORENO, A.B.; COELI, C.M.; MUNK, S. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Informação em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/infSau.html>. Acesso em 17/06/2013.
- ROSEN, G. Uma história da Saúde Pública. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.
- ROSEN, G. Da política médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistemas de Informação em Saúde no nível local. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 12 (02): 267-270. Abril/Junho, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v12n2/1512.pdf>. Acesso em 18/06/2013.
- FONSECA, A. F. (Org.) O território e o processo saúde-doença. Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- LAUDON, K. C.; LAUDON, J.P. Sistemas de informação. Rio de Janeiro: LTC, 4.ed., 1999.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2009.
- WHITE, K. L., 1980. Information for health care: an epidemiological perspective. Inquiry – The Journal of Health Care Organization, Providing and Financing, 17:296-312.
- ANDRADE SM, SOARES DA. Dados e informação em saúde: para que servem? In: Andrade SM, Soares DA, Cordoní Júnior L. (org.) Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL, Abrasco, 2001 p.161-183.
- MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública. Atualização Profissional de Vigilância em Saúde. Caderno de temas transversais. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.
- BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 de setembro de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.
- MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. Resolução SES-MG nº 3244 de 25 de abril de 2012. Acrescenta agravos estaduais a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e dá outras providências.
- FERREIRA, S. M.G. Sistema de Informação em Saúde: Conceitos fundamentais e organização Oficina de capacitação para docentes do curso de atualização em gestão municipal na área de saúde – NESCON/FM/UFMG, 1998.
- KERR-PONTES, Lígia Regina; ROUQUAYROL, Maria Zélia. Medida da saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Orgs.). Epidemiologia e saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003. p.37-82.
- MORAES, I.H.S. de, 1994. Informação em Saúde: Da Prática Fragmentada ao Exercício da Cidadania. São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Hucitec e ABRASCO.

Núcleo de Gestão do Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária – NUVIG. Disponível em: www.anvisa.gov.br. Acesso em 01/07/2013.

Wirelles Mundi. Revista da mobilidade social. Disponível em www.wirellesmundi.inf.br. Acesso em 01/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em 03/07/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Proposta Versão 2.0. Inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2004.

ALMEIDA, M. F. Descentralização de Sistemas de Informação e o uso das informações no nível municipal. Informe Epidemiológico do SUS, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 27-33, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. A experiência brasileira em Sistemas de Informação em Saúde. Volume 2. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília, 2009.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. IESUS, [S.l.], v. 7, n. 3, p.7-26, 1998. Disponível em: [/portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_3_usos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iesus_vol7_3_usos.pdf).

ATIVIDADES DE DISPERSÃO

MÓDULO II

UNIDADE 2



Carga Horária 80 Horas

ATIVIDADE 1

REALIZANDO UMA ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DO SEU MUNICÍPIO.

TEXTO DE APOIO

O CONTEXTO DO DATASUS ¹



O DATASUS é o Departamento de Informação e Informática do SUS e tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde em âmbito nacional. É um órgão de grande importância da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, pois as informações são essenciais para a descentralização e o aprimoramento da gestão, bem como para o fortalecimento do controle social da saúde.

O DATASUS possui um site gratuito para consulta pública, pelo qual disponibiliza informações, links e referências estratégicas para a saúde. Em seu endereço eletrônico, o DATASUS apresenta sua missão nos seguintes termos:

Prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, operação e controle do Sistema Único de Saúde. Através da manutenção de bases de dados nacionais, apoio e consultoria na implantação de sistemas e coordenação das atividades de informática inerentes ao funcionamento integrado dos mesmos.

Entre suas principais linhas de ação estão a manutenção das bases nacionais dos sistemas de informação em saúde e a sua disseminação para a gestão, o controle

social do SUS e as pesquisas em saúde. Também são destacadas suas ações no desenvolvimento, na seleção e na disseminação de sistemas de informação e tecnologias de informática adequadas ao contexto nacional, oferecendo suporte técnico para a informatização dos sistemas de interesse do SUS, em todos os níveis, apoiando a capacitação das secretarias estaduais e municipais de saúde para a incorporação dos sistemas de informação.

A trajetória do DATASUS é adstrita aos desdobramentos da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev) e às crescentes necessidades de organização do SUS. Dois importantes momentos marcam sua identidade: o primeiro coincide com a própria criação, em 1991, de uma diretoria de informática do SUS na Fundação Nacional de Saúde (Funasa), cuja atividade principal consistia no processamento da Autorização para Internação Hospitalar (AIH). Ambas as iniciativas, Funasa e DATASUS, foram instituídas pelo mesmo Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991, como ilustram Castro, Silva e Vicentin (2005). O segundo momento é o de sua passagem, em 1998, para a Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, em consonância com o redesenho da estrutura e da missão do

Ministério, que teve como um de seus objetivos conferir maior relevância à informação em saúde para a gestão e a formulação de políticas (BRASIL, 2002).

Atenção!

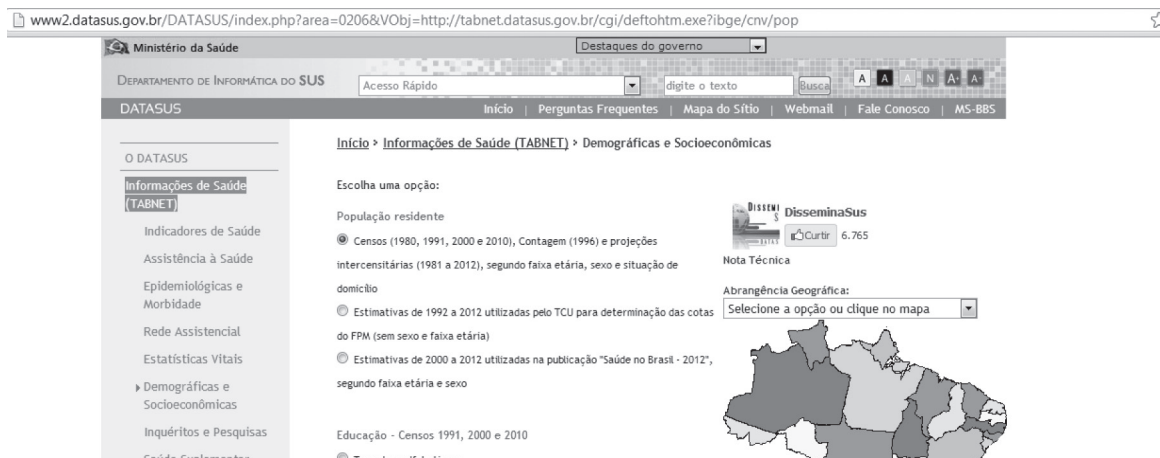
- Após a leitura do texto de apoio, iniciaremos uma análise de situação de saúde através do DATASUS.
- De posse de um computador com internet, siga as instruções a seguir:

CONHECENDO A POPULAÇÃO RESIDENTE:

1. Entrar no site: www.datasus.gov.br

¹ Texto Adaptado de: BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **A experiência brasileira em Sistemas de Informação em Saúde**. Volume 2. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília, 2009.

2. No canto esquerdo da tela, clicar em ‘Informações de Saúde (TABNET)’.
3. Clicar em “Demográficas e socioeconômicas” -> ‘População residente’ -> ‘Censos (1980, 1991, 2000 e 2010), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2012), segundo faixa-etária, sexo e situação de domicílio’.



4. Selecionar no mapa o Estado de Minas Gerais.
5. Feito isto, você estará na tela de tabulação dos dados para descobrir qual a população residente de seu município.

Linha	Município
Coluna	Não ativa
Conteúdo	População residente
Períodos disponíveis	2012
Município	‘Busque pelo seu município’

6. Siga as instruções a seguir:
Manter as demais seleções sem marcação.
7. Marcar a opção ‘Tabela com bordas’.
8. Clicar em ‘Mostra’.
9. A próxima tabela mostrará a população residente de seu município.
Anoto o valor encontrado: _____.
10. Quais as fontes de dados que o DATASUS consultou para esta tabulação? Obs: Informação abaixo da tabela.

CONHECENDO A RENDA MÉDIA FAMILIAR PER CAPITA

1. Ainda no site do DATASUS, dentro da tela ‘Informações de Saúde (TABNET)’ -> ‘Demográficas e socioeconômicas’, clicar em: ‘Trabalho e Renda (Censos 1991, 2000 e 2010)’.

Demográficas e Socioeconômicas

Inquéritos e Pesquisas

Saúde Suplementar

Informações Financeiras

Sistemas e Aplicativos

Políticas

Publicações

Serviços

Nº de acessos

1 9 8 2 4 6 8 3

PESQUISAS

segundo faixa etária e sexo

Educação - Censos 1991, 2000 e 2010

- Taxa de analfabetismo
- Escolaridade da população de 15 anos ou mais
- Escolaridade da população de 18 a 24 anos

Trabalho e renda - Censos 1991, 2000 e 2010

- Renda média domiciliar per capita
- Índice de Gini da renda domiciliar per capita
- Razão de renda
- Proporção de pessoas com baixa renda
- Proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda
- Taxa de desemprego
- Taxa de trabalho infantil
- Proporção de idosos residentes em domicílios na condição de outro parente

2. Marcar 'Renda média domiciliar per capita'.
3. Selecionar no mapa o Estado de Minas Gerais.

Linha	Município
Coluna	Não ativa
Conteúdo	Renda média domiciliar per capita.
Períodos disponíveis	2010
Município	'Busque pelo seu município'

4. Feito isto, você estará na tela de tabulação dos dados para descobrir qual a renda média domiciliar per capita do seu município.
5. Siga as instruções a seguir:
Manter as demais seleções sem marcação.
6. Marcar a opção 'Tabela com bordas'.
7. Clicar em 'Mostra'.
8. A próxima tabela mostrará a renda média domiciliar per capita.
Anotar o valor encontrado: _____.
9. Este valor difere muito do salário mínimo atual (R\$678,00)? Comente

CONHECENDO A REDE DE INSTALAÇÃO SANITÁRIA

1. Ainda no site do DATASUS, dentro da tela 'Informações de Saúde (TABNET)' -> 'Demográficas e socioeconômicas', clicar em: 'Saneamento'.
2. Marcar 'Instalações Sanitárias – 1991, 2000'.
3. Selecionar no mapa o Estado de Minas Gerais.

1 2 3 4 5 / 6 7

PESQUISAS

Situat o dos Sistemas de Informa o do Setor de Saúde Pública no País 2011

Público Alvo
 Gestores e Coordenadores de TI dos Municípios / Estados

☐ Propor o de crianças em situa o domiciliar de baixa renda
 ☐ Taxa de desemprego
 ☐ Taxa de trabalho infantil
 ☐ Propor o de idosos residentes em domicílios na condi o de outro parente

Produto Interno Bruto
 ☐ PIB per capita municipal - 2000 a 2009

Saneamento
 ☐ Abastecimento de  gua - 1991, 2000
 ☒ Instala es sanitárias - 1991, 2000
 ☐ Coleta de lixo - 1991, 2000

Ministério da saúde / DATASUS - Departamento de Informática do SUS
 Espl. dos Ministérios Bloco G Anexo A, 1 and - sala 107 Cep:70.058-900 -
 Copyright   2008 - Datasus. Todos os direitos reservados.
 Credits | Acessibilidade |

4. Feito isto, você estará na tela de tabula o dos dados para descobrir quais os tipos de instala es sanitárias do seu município.
5. Siga as instru es a seguir:

Linha	Município
Coluna	Instal sanitárias
Conteúdo	Domicílios
Períodos disponíveis	2000
Município	'Busque pelo seu município'
Instal Sanitárias	Marcar (ctrl + alt e segura): Rede geral de esgoto ou pluvial, Fossa Séptica, Fossa Rudimentar, Não tem instala�o sanitária.

Manter as demais seleções sem marcação.

6. Marcar a opção 'Tabela com bordas'.
7. Clicar em 'Mostra'.

Município	Rede geral de esgoto ou pluvial	Fossa séptica	Fossa rudimentar	Não tem instalação sanitária	Total

8. A próxima tabela mostrará as instalações sanitárias por domicílio no seu município. Complete a tabela abaixo de acordo com os valores encontrados:
9. Como você avalia o saneamento no seu município? Ainda é considerável a presença de outras instalações que não seja a rede geral de esgoto, como é preconizado?

CONHECENDO O PERFIL DAS INTERNAÇÕES NO MUNICÍPIO

1. Ainda no site do DATASUS, dentro da tela 'Informações de Saúde (TABNET)' -> 'Assistência à Saúde'.

2. Em 'Internações Hospitalares', marcar 'Internações por especialidade e local de internação – a

Linha	Município
Coluna	Especialidade
Conteúdo	Internações
Períodos disponíveis	Marcar (ctrl + alt e segura): abril/2013, março/2013, fevereiro/2013, janeiro/2013.
Município	'Busque pelo seu município'
Especialidade	Marcar (ctrl + alt e segura): Clínica cirúrgica, obstetrícia, clínica médica.
Caráter de atendimento	Urgência

partir de 2008'.

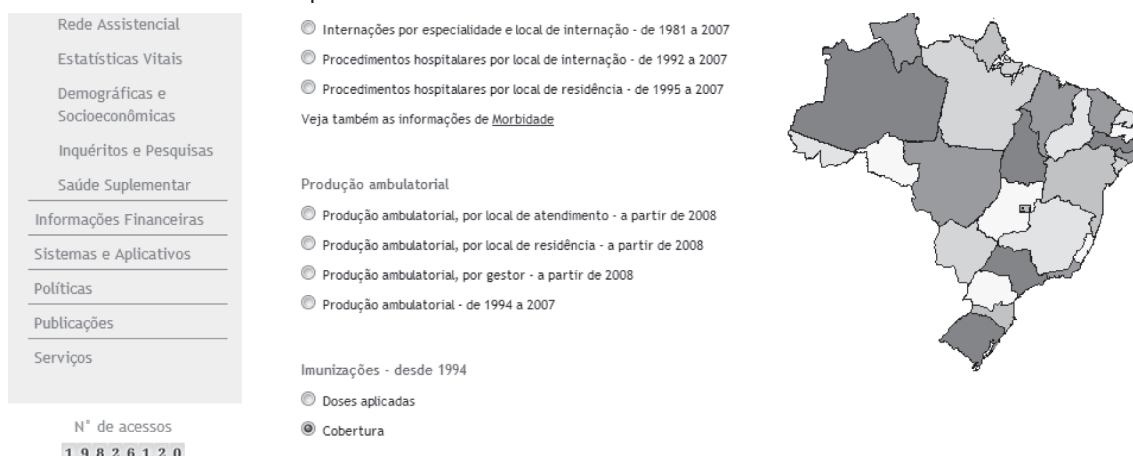
3. Selecionar no mapa o Estado de Minas Gerais.
4. Siga as instruções a seguir:
Manter as demais seleções sem marcação.
5. Marcar a opção 'Tabela com bordas'.

Município	Clínica cirúrgica	Obstetrícia	Clínica Médica	Total

6. Clicar em 'Mostra'.
7. A próxima tabela mostrará as internações de urgência segundo a especialidade em seu município, no período escolhido. Complete a tabela abaixo de acordo com os valores encontrados:
8. Qual a especialidade médica é responsável pela maior parte das internações de urgência no seu município?

CONHECENDO A COBERTURA VACINAL

1. Ainda no site do DATASUS, dentro da tela 'Informações de Saúde (TABNET)' -> 'Assistência à Saúde'.
2. Em 'Imunizações – desde 1994', marcar 'Cobertura'.
3. Selecionar no mapa o Estado de Minas Gerais.



Linha	Município
Coluna	Imunobiológicos
Conteúdo	Coberturas Vacinais
Períodos disponíveis	2012
Município	'Busque pelo seu município'
Imunobiológicos	Marcar (ctrl + alt e segura): BCG, Hepatite B, Rotavírus Humano, Pneumocócica 10V, Meningococo C, Febre Amarela.

4. Siga as instruções a seguir:
Manter as demais seleções sem marcação.
5. Marcar a opção 'Tabela com bordas'.
6. Clicar em 'Mostra'.

Município	BCG	Hepatite B	Rotavírus Humano	Pneumocócica 10V	Meningococo C	Febre Amarela	Total

7. A próxima tabela mostrará a cobertura vacinal dos imunobiológicos escolhidos. Complete a tabela abaixo de acordo com os valores encontrados:
8. Existe alguma vacina no seu município com cobertura menor que 80%? Sem sim, qual?
9. Quais estratégias para aumento de cobertura vacinal no seu município?

CONHECENDO A QUANTIDADE DE NASCIDOS VIVOS

1. Ainda no site do DATASUS, dentro da tela 'Informações de Saúde (TABNET)' -> 'Estatísticas Vitais'.
2. Em 'Nascidos Vivos – 1994 a 2011', marcar 'Nascidos Vivos'.
3. Selecionar no mapa o Estado de Minas Gerais.

Ministério da Saúde

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS

Acesso Rápido

digite o texto

Busca

DATASUS

Início | Perguntas Frequentes | Mapa do Sítio | Webmail | Fale Conosco | MS-BBS

O DATASUS

Informações de Saúde (TABNET)

Indicadores de Saúde

Assistência à Saúde

Epidemiológicas e Morbidade

Rede Assistencial

▶ Estatísticas Vitais

Demográficas e Socioeconômicas

Inquéritos e Pesquisas

Saúde Suplementar

Início > Informações de Saúde (TABNET) > Estatísticas Vitais

Escolha uma opção:

Nascidos vivos - 1994 a 2011

☒ Nascidos vivos

Mortalidade - 1996 a 2011, pela CID-10

☐ Mortalidade geral

☐ Óbitos infantis

☐ Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos

☐ Óbitos por causas externas

☐ Óbitos fetais

Câncer (sítio do Inca)

[Atlas de Mortalidade por Câncer](#)

Disseminar DisseminaSus

Curtir 6.770

Nota Técnica

Abrangência Geográfica:

Selecione a opção ou clique no mapa

Mapa do Brasil com o Estado de Minas Gerais destacado.

4. Siga as instruções a seguir:

Linha	Município
Coluna	Não ativa
Conteúdo	Nascimentos p/ resid. mãe
Períodos disponíveis	2011
Município	'Busque pelo seu município'

Manter as demais seleções sem marcação.

5. Marcar a opção 'Tabela com bordas'.
6. Clicar em 'Mostra'.
7. A próxima tabela mostrará o quantitativo de nascidos vivos no seu município no ano de 2011. Anote o valor: _____.
8. A partir de qual Sistema de Informação este dado foi retirado?

CONHECENDO A MORTALIDADE INFANTIL

1. Ainda no site do DATASUS, dentro da tela 'Informações de Saúde (TABNET)' -> 'Estatísticas Vitais'.
2. Em 'Mortalidade – 1996 a 2011, pela CID 10', marcar 'Óbitos Infantis'.
3. Selecionar no mapa o Estado de Minas Gerais

Ministério da Saúde | Destaques do governo

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS | Acesso Rápido | digite o texto | Busca

DATASUS | Início | Perguntas Frequentes | Mapa do Sítio | Webmail | Fale Conosco | MS-BBS

O DATASUS

Informações de Saúde (TABNET)

- Indicadores de Saúde
- Assistência à Saúde
- Epidemiológicas e Morbidade
- Rede Assistencial
- ▶ **Estatísticas Vitais**
- Demográficas e Socioeconômicas
- Inquéritos e Pesquisas
- Saúde Suplementar

Início > Informações de Saúde (TABNET) > Estatísticas Vitais

Escolha uma opção:

Nascidos vivos - 1994 a 2011

☐ Nascidos vivos

Mortalidade - 1996 a 2011, pela CID-10

☐ Mortalidade geral

☒ Óbitos infantis

☐ Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos

☐ Óbitos por causas externas

☐ Óbitos fetais

Câncer (sítio do Inca)

Atlas de Mortalidade por Câncer

Mortalidade - 1979 a 1995, pela CID-9

DisseminaSus 6.770

Nota Técnica

Abrangência Geográfica:

Selecione a opção ou clique no mapa



4. Siga as instruções a seguir:

Linha	Município
Coluna	Sexo
Conteúdo	Óbitos por Residência
Períodos disponíveis	2011
Município	'Busque pelo seu município'

Manter as demais seleções sem marcação.

5. Marcar a opção 'Tabela com bordas'.
6. Clicar em 'Mostra'.
7. A próxima tabela mostrará o quantitativo de óbitos infantis por sexo no seu município no ano de 2011. Complete a tabela com os dados encontrados:

Município	Masculino	Feminino	Ignorado	Total

8. Em seu município, em relação ao óbito infantil, qual o sexo onde a mortalidade é maior?
9. Atualmente o Estado de Minas Gerais possui uma taxa de mortalidade infantil de aproximadamente 13,08 óbitos infantis para cada 1.000 nascidos vivos. Vamos ver como está a Taxa de Mortalidade Infantil do seu município em relação ao Estado?
10. No exercício anterior, você descobriu qual a população de nascidos vivos no seu município. Podemos calcular a Taxa de Mortalidade Infantil da seguinte maneira:

TOTAL DE ÓBITOS INFANTIS NO LOCAL E PERÍODO / TOTAL DE NASCIDOS VIVOS NO LOCAL E PERÍODO X 1.000.

Utilizando os dados encontrados, calcule a Taxa de Mortalidade Infantil no seu município e compare o resultado com a Taxa de Mortalidade Infantil do Estado de Minas Gerais.

ATIVIDADE 2


TEXTO DE APOIO
SIGILO DAS INFORMAÇÕES ²

O sistema de saúde do Brasil envolve uma rede de instituições públicas e privadas e de profissionais: Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais, postos de saúde, hospitais, clínicas, laboratórios, operadoras de planos de saúde, agências reguladoras, associações profissionais, sociedades científicas, instituições acadêmicas, consultórios médicos, etc. O ser humano é o foco principal desta rede como paciente e como objeto de ação de promoção à saúde e prevenção de doenças. No papel de paciente, cada episódio de contato com algum local da rede de saúde gera dados que são registrados de alguma forma: prontuário mantido por instituições ou profissionais de saúde, cadastros e histórico de exames e seus resultados em laboratórios, etc.

Os gestores da saúde pública, principalmente os órgãos públicos do Sistema Único de Saúde, garantem a oferta de serviços de saúde nas unidades públicas por meio de orçamento, ou ressarcimento através de AIHs (Autorização de Internação Hospitalar), APACs (Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade), e BPAs (Boletim de Produção Ambulatorial). Esses dados são enviados mensalmente pelas unidades de saúde aos respectivos gestores, constituindo de dados de pacientes individuais (APACs e AIHs) e informações agregados (BPAs). Por outro lado, dados de alta qualidade são necessários para que cuidados clínicos mais efetivos possam ser proporcionados; a qualidade e custo-efetividade de serviços de saúde possam ser avaliadas; fraudes e abusos no sistema de saúde possam ser monitorizados; os serviços de saúde proporcionados para populações carentes e os padrões de morbidade e mortalidade entre aquelas populações possam ser acompanhados e avaliados, e outros.

O avanço sobre o conhecimento das causas, prognóstico, prevenção e tratamento de doenças requer a realização de pesquisas que se utilizam de dados de indivíduos ou dados agregados, dependendo da natureza do estudo. Esses dados podem ser obtidos de bases secundárias, registros já existentes ou serem especialmente coletados para a realização do estudo.

O aprofundamento da informatização e integração dos sistemas de informação no sistema de saúde do país tem o potencial de produzir um salto de qualidade no gerenciamento do sistema como um todo e na atenção à saúde da população. Um exemplo claro deste potencial é o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), o qual pode ser conceituado como o conjunto de informações sobre o estado e cuidados de saúde ao longo da vida de um paciente, armazenadas eletronicamente. Pode incluir, além das informações resultantes da atenção ao paciente, outras funções não disponíveis no prontuário em papel: alertas e lembretes, módulo de crítica da prescrição médica, ligações com bases de conhecimentos para apoio à decisão, incorporação de protocolos clínicos, interfaces adaptadas pelo usuário, integração com os laboratórios e farmácia, módulo que permite a consulta on-line a bases de trabalhos científicos, etc. (DICK et al, 1997, SHORTLIFFE, 1998). Além de seu uso intra-institucional, o PEP pode ser acessado fora dos limites institucionais, permitindo a integração de dados de pacientes dispersos geograficamente.

A par de todos os benefícios citados acima, resultantes da transmissão e utilização judiciosas da informação, existem os riscos associados à perda de privacidade e confidencialidade e o uso indevido de informações. A coleta sistemática de um conjunto amplo de dados pessoais e de instituições apresenta um compromisso substancial em relação à perda da privacidade pessoal e o risco de informações de empresas serem observadas pelos concorrentes, por exemplo.

Os registros de pacientes podem conter uma vasta quantidade de informações pessoais: 1) informações demográficas como idade, sexo, raça, e ocupação; 2) informações financeiras, como renda e tipo de emprego; 3) informações sobre disfunções físicas e/ou cognitivas, necessidades médicas especiais; 4) informações médicas sobre diagnóstico, tratamento, e história da doença (incluindo doença mental, dependência de drogas ou álcool, AIDS, e doenças sexualmente transmissíveis); 5) informações genômicas, e doenças relacionadas à genética; 6) informações pessoais e sociais, tais como orientação sexual, status familiar,

² Texto adaptado de: FREIRE, Sérgio Miranda. Sigilo das informações. Agência Nacional de Saúde (ANS), 2008. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_19_SMirandaFreire_SigiloInformacoes.pdf. Acesso em 09/07/2013.

relacionamentos sexuais; e 7) informações sobre o fato de haver sido vítima ou causador de comportamento violento, tais como estupro, abuso de crianças, ou ferimento à bala. As informações disponíveis são frequentemente suficientes para proporcionar um perfil detalhado da pessoa.

Dessa forma, um compromisso tem que ser atingido entre a necessidade assistencial, gerencial, social e científica que requer o acesso e a disponibilidade de informações nos locais em que elas serão utilizadas e a necessidade de se manter a privacidade e a confidencialidade dessas mesmas informações. Mesmo há pouco tempo atrás, quando o nível de informatização era baixo, essa era uma questão que surgia sempre que a utilização de informações de indivíduos e instituições era necessária. Porém, a tecnologia atual desperta temores em um grau bem maior pelo fato de que o vínculo entre diversas bases de dados podem ser estabelecidos, a velocidade de acesso é muito rápida, as barreiras geográficas ou institucionais são mais virtuais do que físicas. Nesse ambiente, o potencial para a invasão da privacidade e uso inescrupuloso das informações não deve ser desprezado e medidas devem ser tomadas para disciplinar a disponibilidade e o acesso e garantir a segurança, privacidade e confidencialidade das informações.

Existem legislações que regem o direito ao sigilo da informação:

A constituição federal (BRASIL, 1988), em seu Art. 5º, assegura a todos os brasileiros a inviolabilidade do direito à segurança, abrangendo entre outros os seguintes itens:

1. é inviolável o sigilo de dados;
2. é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;
3. são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação;
4. todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

Além disso, o Código Civil e o Código Penal mantêm os mesmos moldes descritos acima, resguardando todos os cidadãos de qualquer ação que viole seu direito

à privacidade. Estabelecem penas para a violação de sigilo de documentos ou de informações contidas em Sistemas de Informação.

O Conselho Federal de Medicina tem adotado diversas resoluções, que regulamentam, entre outras questões, o relacionamento médico-paciente, o relacionamento dos médicos com operadoras de planos de saúde, participação de pacientes em pesquisas, divulgação de estudos científicos e o prontuário médico do paciente. Estas resoluções complementam as legislações anteriores, principalmente em relação ao sigilo médico e avançam no reconhecimento e disciplina da utilização da tecnologia da informação na área de saúde, particularmente o prontuário eletrônico e a telemedicina. O código de ética do Conselho Federal de Medicina (CFM, 1988) em diversos artigos, trata da questão do sigilo médico em relação aos dados de seus pacientes e à publicação de trabalhos científicos ou de outra natureza.

O Ministério da Saúde tem emitido diversas Portarias disciplinando a transmissão de informações das unidades prestadoras de saúde para os órgãos públicos de gestão, seja para o caso de notificação compulsória de doenças, seja para fins de faturamento (SIS-AIH, SIA-SUS), seja padronizando informações, e constituindo bases de dados com estas informações. Nesse processo, dados provenientes do atendimento a pacientes, inclusive dados que permitem a identificação do mesmo são transmitidos por meio magnético aos órgãos de gestão. Já as bases secundárias disponíveis no DATASUS garantem o anonimato dos pacientes.

Os Estados possuem suas próprias legislações, além de estarem sujeitos a todas as legislações federais. Sendo assim, os Sistemas de Informação são dotados de: 1) privacidade e confidencialidade, ou seja, o acesso é restrito e limitado a cada perfil de usuário, através de senha de acesso; 2) autenticação, que identifica cada usuário que entra no sistema e 3) auditoria, que verifica os seguintes requisitos: a identificação dos usuários do sistema; datas e horários de entrada (log-on) e saída (log-off) no sistema; identidade do terminal e, quando possível, a sua localização; registro das tentativas de acesso ao sistema, aceitas e rejeitadas; registro das tentativas de acesso a outros recursos e dados, aceitas e rejeitadas. O registro das exceções e de outros eventos de segurança relevantes devem ser mantidos por um período de tempo não inferior a 10 (dez) anos, para auxiliar em investigações futuras e no monitoramento do controle de acesso.

Responda as seguintes questões:

1. Cite três atividades que você desenvolve no município e que necessitam da utilização de algum dos Sistemas de Informação:

2. Com base em seu julgamento, proponha uma lista com três doenças ou agravos que devem ser objeto de ações prioritárias em seu município. O que você faria para reconhecer a ocorrência de casos dessas doenças?

Doença/agravo	Motivo da seleção	Fonte

3. Os dados mais utilizados na Vigilância Epidemiológica têm sido aqueles gerados pela notificação. Como é feita a notificação de doenças/agravos em seu município?

4. Esquematize o fluxo de informação, do nível mais periférico ao nível nacional, localizando o serviço em que você atua.

5. Que tipos de indicadores são mais utilizados na avaliação das ações de Vigilância em Saúde no serviço que você atua?

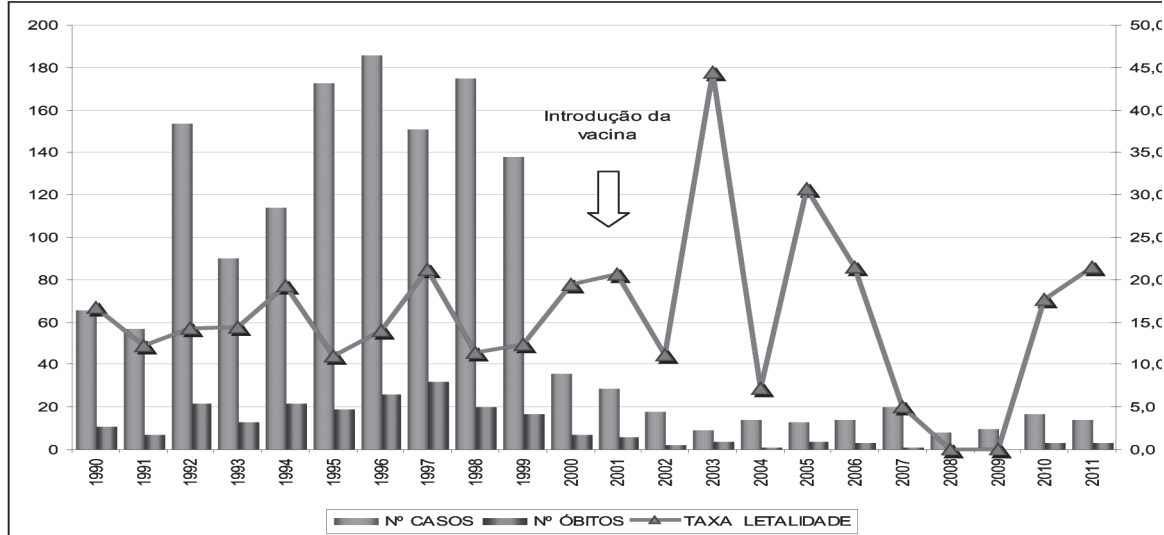
6. No seu município, o profissional da ponta que notifica recebe alguma informação de retorno (análise de situação de saúde)? Comente.

ATIVIDADE 3



OBSERVE O GRÁFICO A SEGUIR:

Frequência de casos, óbitos e letalidade da Meningite por *Haemophilus influenzae* B, Minas Gerais, 2007-2011.



Fonte: SINAN/CDAT/DVE/ SVEAST/SVPS/SES-MG

De acordo com o gráfico acima, responda as seguintes questões:

1. Qual o ano onde houve o maior número de casos por Meningite por *Haemophilus influenzae* B?

2. Qual o ano em que houve o maior número de óbitos por Meningite por *Haemophilus influenzae* B?

3. Qual o ano de introdução da vacina contra *Haemophilus influenzae* B (Hib)? O que você identifica no gráfico de mudança a partir desse ano?

4. Comente a tendência de número de casos, óbito e letalidade da doença após a introdução da vacina:

OBS: Caso necessário realize a atividade em folha avulsa.



ATIVIDADE 4

Interprete a tabela a seguir, leia o texto de apoio e siga as instruções para a elaboração do estudo de caso.

Tabela 1 - Resumo dos principais Sistemas de Informação em Saúde e suas Características

Sistemas	Evento	Instrumento de coleta	Fluxo	Período de Abrangência	Variáveis mais importantes	Usos	Principais limitações
S I M (Sistema de Informação de Mortalidade)	Óbito	Declaração de Óbito	Cartório SMS Regional SES	A partir de 1979 até dados atuais.	Causa básica, sexo, idade, grau de instrução, ocupação habitual, local de ocorrência, assistência médica.	Estudos de mortalidade, Vigilância de Óbitos (infantil, materno, etc.)	- Sub-registro de óbitos - Qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito
S I N A S C (Sistema de Informação de Nascidos Vivos)	Nascido vivo	Declaração de Nascido Vivo	Unidade SMS Regional SES	A partir de 1995 até o ano de 2012 (últimos dados)	Sexo, peso ao nascer, tipo de parto, local de ocorrência, duração da gestação, consultas pré-natais realizadas, grau de instrução da mãe.	Monitoramento da Saúde da Criança Vigilância a Criança de Risco	- Falhas na cobertura do Evento. - Qualidade do preenchimento da Declaração de Nascido Vivo
SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)	Agravos de notificação compulsória	Ficha de Notificação e Investigação	Unidade SMS Regional SES	Desde 1994 até dados atuais.	Casos por semana, sexo, idade, dados complementares do caso.	Acompanhamento dos agravos sob notificação, surtos, epidemias, violências, acidentes de trabalho, etc.	- Subnotificação dos casos - Qualidade do preenchimento das fichas.
SIH (Sistema de Informações Hospitalares)	Informação Hospitalar	AIH	Unidade SMS Regional SES	Desde 1994 até dados atuais.	Internações, AIH pagas, valor médio AIH, média de permanência, óbitos, taxa, mortalidade (por sexo, faixa etária, diagnóstico de internação).	Morbidade hospitalar. Gestão hospitalar. Custeio da Atenção Hospitalar	- Cobre somente as internações da rede pública ou conveniada - Qualidade dos dados (incorrekções)

SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais)	Produção ambulatorial (agregado)	BPA	Unidade SMS Regional SES	Desde 1991 até dados atuais.	Identificação e caracterização da unidade prestadora. Procedimentos realizados	Acompanhamento da produção ambulatorial, Gestão Ambulatorial Custeio da Atenção Ambulatorial	- Abrangência restrita aos usuários do sistema público de saúde; - Ausência de registro individual (não consegue qualificar as prioridades, através de caracterização de grupos populacionais ou agravos).
S I S V A N (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional)	Estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos e gestantes.	Cartão da Criança e Cartão da Gestante.	Unidade SMS Regional SES	Desde 1991 até dados atuais.	Peso, idade, altura, idade gestacional	Incidência e Prevalência da desnutrição e sobrepeso	- Baixa cobertura - Pouca qualidade dos dados - Descontinuidade no envio - Falta de integração com os sistemas existentes - Dados coletados considerando as informações por consultas realizadas e não indivíduos atendidos - Dados de demanda ou rotina do serviço e não base populacional - Informações somente do estado nutricional e não alimentares



TEXTO DE APOIO

INFLUENZA – SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE E SÍNDROME GRIPAL³

Em Minas Gerais, o período epidêmico das doenças respiratórias corresponde aos meses do outono e inverno. As infecções virais respiratórias agudas são as que ocorrem com maior frequência nesse período.

A gripe ou influenza é causada pelo vírus Influenza. Geralmente, inicia-se com a instalação abrupta de febre alta, acima de 38o C, seguida de mialgia, dor de garganta, prostração, dor de cabeça e tosse seca. A febre é o sintoma mais importante e dura em torno de três dias. Com a sua progressão, os sintomas respiratórios tornam-se mais evidentes e mantêm-se em geral por três a quatro dias após o desaparecimento da febre. A gripe pode ocorrer durante todo ano, mas a maioria dos casos ocorre no período epidêmico, que dura de cinco a seis semanas. Nesse período, a doença pode acometer 10% a 40% da população. Durante a epidemia, é observado aumento de morbidade e mortalidade, principalmente relacionadas ao aumento de taxas de pneumonia e outras complicações relativas à gripe. No mundo, ocorrem aproximadamente de 3 a 5 milhões de casos graves por ano e de 250 a 500 mil mortes, principalmente entre idosos e portadores de doenças crônicas. No Brasil, apesar de sempre ter representado um problema de saúde pública, somente a partir de 2009, com a pandemia da Influenza A H1N1, é que medidas de prevenção, controle e tratamento começaram a ser amplamente divulgadas pelas autoridades públicas.

DEFINIÇÕES

Definição de caso de Síndrome Gripal (SG):

Indivíduo que apresente febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico.

Em crianças menores de 2 anos de idade, considera-se também como caso de Síndrome gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

2.1.1 Fatores de risco para complicações:

- Grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (incluindo as que tiveram aborto ou perda fetal);

- Indivíduos que apresentem:
 - Pneumopatias (incluindo asma);
 - Cardiovasculopatias (excluindo hipertensão arterial sistêmica);
 - Nefropatias;
 - Hepatopatias;
 - Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme);
 - Distúrbios metabólicos (incluindo diabetes mellitus descompensado);
 - Transtornos neurológicos que podem comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração (disfunção cognitiva, lesões medulares, epilepsia, paralisia cerebral, síndrome de Down, atraso de desenvolvimento, Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou doenças neuromusculares);
 - Imunossupressão (incluindo medicamentosa ou pelo vírus da imunodeficiência humana);
 - Obesidade.
- Indivíduos menores de 19 anos de idade em uso prolongado com ácido acetilsalicílico (risco de síndrome de Reye);
- Adultos ≥ 60 anos;
- Crianças < 2 anos;
- População indígena.

Definição de caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG):

Indivíduo de qualquer idade, com Síndrome Gripal (conforme definição acima) e que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

- Saturação de oxigênio menor que 95% em ar ambiente;
- Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória avaliada de acordo com a idade;
- Piora nas condições clínicas de doença de base;
- Hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente.

Em crianças, além dos itens acima, observar: batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

2.2.1 Sinais de agravamento

- Aparecimento de dispneia ou taquipneia ou hipoxemia (saturação de O₂ < 95%);

³ Fonte: Protocolo Estadual para Vigilância e Assistência dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave e Síndrome Gripal com ênfase em Influenza. Minas Gerais, 2013.

- Persistência ou aumento da febre por mais de três dias (pode indicar pneumonite primária pelo vírus influenza ou secundária a uma infecção bacteriana);
- Exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica;
- Exacerbação de doença cardíaca preexistente;
- Miosite comprovada por exames laboratoriais;
- Alteração do sensório;
- Exacerbação dos sintomas gastrointestinais em crianças;
- Desidratação;
- Alterações na radiografia de tórax:
 - § Infiltrado intersticial localizado ou;
 - § Infiltrado difuso ou;
 - § Presença de área de condensação.
- Alterações no hemograma: Leucocitose ou Leucopenia ou Neutrofilia.

1. Elaboração de Estudo de Caso:

Elabore um Estudo de Caso de um/uma paciente que evoluiu para Síndrome Respiratória Aguda Grave por Influenza, de acordo com a definição de caso explicitada no texto acima. Você deverá elaborar uma história que contemple todas as informações necessárias para o preenchimento da 'Ficha de Investigação de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) – Internada ou Óbito por SRAG' do SINAN Influenza on line.

Dados essenciais de acordo com a Ficha de Investigação:

- Dados da Unidade de Saúde notificadora
- Dados do indivíduo e de sua residência
- Histórico vacinal
- Principais sinais e sintomas
- Fatores de risco para complicações
- Uso de antiviral (Oseltamivir)
- Dados da internação
- Coleta de amostra laboratorial
- Diagnóstico etiológico
- Classificação final do caso
- Evolução.

2. Primeiramente elabore o Estudo de Caso através de um texto e posteriormente, com os dados criados, preencha a Ficha de Investigação do SINAN

Este foi um exercício de coleta e preenchimento dos dados que irão gerar informação em saúde. Através do preenchimento de cada Ficha de Investigação, é possível gerar um agregado de informações que subsidiará a análise de situação de saúde. Estes dados são importantíssimos para a verificação da circulação dos vírus; do aumento ou diminuição do número de casos; do perfil dos óbitos; da eficácia do medicamento; do aparecimento de um novo subtipo de vírus desconhecido e até mesmo para argumentar a necessidade de declarar uma possível situação de emergência em saúde pública, diante do aumento considerável do número de casos.

ATIVIDADE 5

**TEXTO DE APOIO**

DIRETRIZES DE INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E VIGILÂNCIA EM SAÚDE (VS)⁴

Algumas diretrizes foram definidas visando a orientação das ações a serem planejadas e pactuadas localmente para a integração entre a APS e a VS, cujo eixo orientador é a integralidade do cuidado. São proposições a serem adaptadas em cada contexto, de acordo com o que segue:

1. Organização do processo de trabalho

A operacionalização da integralidade do cuidado requer, necessariamente, a revisão dos processos

de trabalho, buscando-se integrar os vários atores envolvidos tanto na APS quanto na VS. Esses atores devem ser corresponsáveis pelas ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental, de Saúde do Trabalhador e de ações assistenciais, respeitando as particularidades e as especificidades de cada perfil, integrando suas atividades de maneira a potencializar o trabalho e a evitar a duplicidade das ações que, embora distintas, se complementam.

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
Organização do processo de trabalho	Descentralizar os programas da VS para a APS. Definir fluxos de gestão e atenção. Definir papéis e responsabilidades de todos os membros das equipes de saúde. Definir fluxos das redes de atenção à saúde, incluindo práticas de VS. Elaborar protocolos clínicos integrados. Divulgar fluxos de assistência para a população. Garantir a prestação dos serviços de VS na APS, mediante a integração de ações programadas e de demanda espontânea.

2. Promoção da Saúde

Nas últimas décadas, tornou-se fundamental cuidar da vida a fim de reduzir a vulnerabilidade dos indivíduos ao adoecer e as chances de que tal processo seja produtor de incapacidade, sofrimento crônico e morte prematura.

A promoção da saúde estreita sua relação com a Vigilância em Saúde, em uma articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e na execução das agendas governamentais, a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando o preceito constitucional de participação social.

² Fonte: TEIXEIRA, Carmem Fontes; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Diretrizes para a integração entre a APS e Vigilância em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
Promoção da Saúde	Propor a inserção das ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na APS, voltadas para ações de cuidado com o corpo e a saúde, alimentação saudável e prevenção e controle do tabagismo. Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção à saúde. Estabelecer mecanismos que garantam que a promoção da saúde seja uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e da saúde.

3. Território integrado entre APS e VS

Os sistemas de saúde devem se organizar sobre uma base territorial, em que a distribuição dos serviços siga uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e culturas.

A territorialização é base do trabalho das equipes de APS para a prática da Vigilância em Saúde. O propósito fundamental desse processo é permitir

eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, o que refletirá na definição das ações mais adequadas, contribuindo para o planejamento e a programação local. Para tal, é necessário o reconhecimento e o mapeamento do território, segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e aos serviços de saúde. Isso implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde.

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
Território integrado entre APS e VS	Elaborar critérios para compatibilização de territórios: área de abrangência de unidade básica/saúde da família, número de imóveis de abrangência do agente de endemias e dados epidemiológicos. Vincular os ACE (Agentes de Combate a Endemias) à unidade básica de saúde/saúde da família. Propor redesenho territorial: Mapeamento (cadastro SIAB e Sisloc geoprocessado). Garantir dentro do território a presença do ACS e do ACE. Realizar análise de situação de saúde por meio dos Sistemas de Informação.

4. Planejamento e programação

Planejar e programar em um território específico exige um conhecimento das formas de organização e de atuação dos órgãos governamentais e não governamentais para se ter clareza do que é necessário e possível ser feito. É importante o diálogo permanente com os representantes desses órgãos, com os grupos sociais e moradores, na busca do desenvolvimento de ações intersetoriais oportunizando a participação de todos. Isso é adotar a intersetorialidade como estratégia fundamental na busca da integralidade

da atenção. Faz-se necessário o fortalecimento das estruturas gerenciais dos municípios e dos estados com vistas não só ao planejamento e à programação, mas também da supervisão, seja ela das equipes, dos municípios ou regionais.

Segundo a concepção da Vigilância em Saúde, a articulação desse conjunto de ações é construída mediante processos de planejamento de caráter participativo, em que a equipe de saúde e os representantes da população, na condição de atores sociais, elegem problemas prioritários e respectivas

propostas de enfrentamento como seus objetos de atuação. O planejamento é entendido nessa proposta como uma ferramenta da gestão da Vigilância em

Saúde e incorpora dois princípios fundamentais presentes na concepção da APS: a corresponsabilidade sanitária e a participação social.

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
Planejamento e programação	Desenvolver processos de planejamento e programação de forma permanente e articulada entre as coordenações de APS e VS. Acordar agendas ou planos de trabalho que contemplem ações estratégicas voltadas à integração e à melhoria dos indicadores de saúde. Recomendar que o planejamento e a programação sejam norteadores dos processos de trabalho, da organização dos serviços e da formação de rede articulada, hierarquizada e regionalizada. Elaborar cronograma de reuniões colegiadas para discussão da gestão em saúde. Constituir rede de apoio e cooperação técnica, favorecendo o intercâmbio intermunicipal e interestadual de experiências. Utilizar as ferramentas da epidemiologia para orientar o processo de planejamento e programação utilizando os Sistemas de Informação em Saúde.

5. Participação e controle social

Como forma de democratizar a gestão e atender as reais necessidades da população, é essencial a constituição de canais e espaços que garantam a efetiva participação

da população e o controle social sobre a gestão do SUS, pressuposto fundamental para a integração entre a APS e a Vigilância em Saúde, pois esta pressupõe processos de planejamento participativo, conforme já destacado na diretriz anterior.

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
Participação e controle social	Fortalecer e constituir canais e espaços de comunicação que garantam a efetiva participação e controle social dos trabalhadores e da população sobre as ações de integração entre APS e VS: Ouvidorias e Conselhos de Saúde (estaduais, municipais e locais). “Empoderar” a população das informações de saúde – dados epidemiológicos, serviços existentes, fluxos de funcionamento.

6. Educação Permanente em Saúde

São necessários mais investimentos em mudanças do ensino das profissões de saúde, com ênfase em currículos condizentes com as necessidades do SUS. É preciso colocar na discussão das prioridades de educação permanente, junto às Comissões Interinstitucionais Ensino-Serviço (CIES), as demandas por qualificação em Vigilância em Saúde na APS para os profissionais que estão atuando no SUS.

Destaca-se a importância de adotar os princípios da Educação Permanente (EP) na formação e na qualificação dos profissionais em atuação. A EP pode contribuir para resolver os problemas identificados no desenvolvimento das ações de integração entre APS e VS. Constata-se, também, a necessidade de criar mecanismos de valorização do trabalho na APS e na VS, seja por incentivos formais, seja pela cogestão, o que significa a participação dos trabalhadores no processo decisório.

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
Educação permanente em saúde	Qualificar equipes gestoras e técnicas. Incluir no curso introdutório para Equipes de Saúde da Família o tema VS. Incluir nas capacitações de VS o tema APS. Elaborar material didático sobre as práticas integradas de APS e VS para subsidiar os cursos de qualificação profissional. Estimular a produção científica com foco nas práticas em serviço, com publicação de artigos, entre outros. Promover mostras de experiências exitosas sobre integração entre APS e VS. Promover mesas de discussão permanente sobre assuntos de interesse da APS e VS.

7. Monitoramento e Avaliação

O monitoramento pode ser entendido como o contínuo acompanhamento das atividades, a fim de avaliar se estas estão sendo desenvolvidas conforme o planejado. Por sua vez, analisar continuamente indicadores de morbidade e mortalidade permite detectar alterações que expressam modificações nas condições de saúde da comunidade, identificação de suas causas e caracterização de seus efeitos. O monitoramento e a avaliação permitem a elaboração de recomendações para o aprimoramento das ações

executadas. Assim, instrumentos de gestão como processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação devem ser institucionalizados como reorientadores das práticas de saúde.

Os Sistemas de Informações de Saúde desempenham papel relevante na organização dos serviços. Estados e municípios, de posse das informações em saúde, têm condições de adotar de forma ágil medidas de controle de doenças, bem como planejar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, subsidiando a tomada de decisões.

DIRETRIZ	AÇÕES RECOMENDADAS
Educação permanente em saúde	Institucionalizar o processo permanente de monitoramento e avaliação, definindo metodologias de todos os instrumentos de gestão desde o nível local até o nacional. Monitorar, integrada e sistematicamente, indicadores pactuados no Pacto pela Saúde, COAP, Acordo de Resultados, etc. Recomendar que os indicadores sejam analisados, considerando a avaliação das ações desenvolvidas e os resultados obtidos, para subsidiar a reorientação das práticas. Valorizar experiências exitosas. Propor avaliações externas, quando necessário.



ESTUDO DE CASO

SURTO DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE NOVA CARIDADE

O município de Nova Caridade fica a menos de 10Km de distância de Boa Fé (Estado da Esperança), tendo inclusive alguns bairros conurbados à área urbana da cidade vizinha.

O município tem uma população de 103.427 habitantes, com 95% da população na área urbana. A rede de serviços do município possui 10 UBS na área urbana e uma na zona rural. Em todas as unidades está implantado o Programa de Saúde da Família (total de 24 equipes, 1 a 3 equipes por unidade) que tem uma cobertura de 89% no município. Todas as Unidades têm sua área de abrangência definida, porém em duas unidades de saúde situadas na região central da cidade, o PSF não tem cobertura total, atendendo às áreas não cobertas pelo PSF de maneira tradicional.

O município conta também com um Centro Municipal de Referência de Especialidades, um Centro de Especialidades Odontológicas, um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e dois hospitais: um filantrópico, conveniado ao SUS (que conta com UTI e Pronto-Socorro com atendimento clínico, cirúrgico, pediátrico e obstétrico) e um particular. Conta também com Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, em uma das unidades da região leste do município, mais distante da região central e próxima à área urbana de Boa Fé. As UBS funcionam no horário das 7h às 19h.

A SMS está estruturada conforme o organograma descrito na figura abaixo:

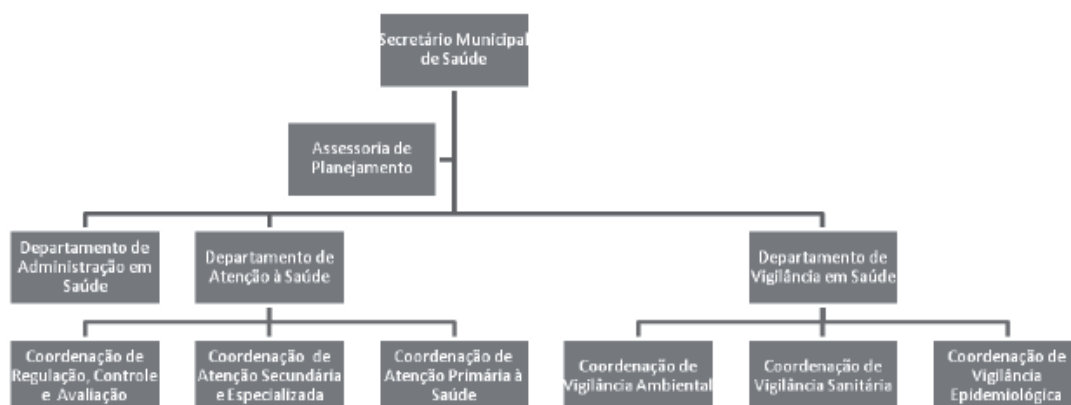


Figura 1: Organograma da SMS de Nova Caridade.

Existe um compromisso do gestor (atual e anterior) em manter todas as equipes do PSF completas, com eventual dificuldade na substituição dos profissionais médicos, em razão da grande rotatividade e da disputa por este profissional na região. Além dos profissionais médicos do PSF, atuam também nas UBS outros profissionais (clínicos, pediatras e gineco-obstetras). Todas as UBS contam com a coordenação de profissional

enfermeiro, que geralmente também atua em uma das equipes do PSF da unidade. Todas as unidades têm uma estrutura razoável para o atendimento, porém o espaço para reuniões e atividades com as equipes de ACS geralmente é pequeno.

O Departamento de Vigilância em Saúde conta com a seguinte equipe (quadro 1):

Quadro 1 Especificação dos profissionais do Departamento de Vigilância em Saúde do município de Nova Caridade, 2008.

Direção do Departamento:
1 enfermeiro sanitaria (que também apoia tecnicamente as três coordenações)
Coordenação de Vigilância Epidemiológica:
1 enfermeiro sanitaria
1 técnico de enfermagem
2 auxiliares administrativos/digitadores
Coordenação de Vigilância Sanitária (responsável também no município pela área de Saúde do Trabalhador):
1 farmacêutico
1 veterinário
1 odontólogo
1 nutricionista
3 fiscais sanitários
1 auxiliar administrativo (que também apoia a coordenação de Vigilância Ambiental)
Coordenação de Vigilância Ambiental (responsável também no município pelas ações de zoonoses e controle de vetores):
1 tecnólogo de saneamento
1 veterinário
8 agentes de campo cedidos pela Funasa
56 Agentes de Combate às Endemias

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Os Agentes de Combate às Endemias (ACE) cobrem 100% da área urbana do município, estando distribuídos em território não coincidente com as áreas de abrangência das UBS e sem qualquer relação com as áreas de abrangência das equipes do PSF. Para cada área existe a figura de um “coordenador” das equipes (geralmente um dos agentes designados para esta função ou agente de campo cedido pela Funasa). O contato dos ACE com as equipes da UBS é ocasional. As reuniões das equipes de ACE ocorrem no nível central ou em espaços da comunidade onde atuam, como praças ou na associação de moradores local. Os coordenadores da maioria das UBS informam que “não há espaço físico” para que estes se reúnam nessas unidades.

Apesar da prioridade definida no município para a área de saúde, com aproximadamente 26% do orçamento municipal, não foi possível a contratação direta dos ACE, dos ACS e de parte dos demais profissionais das equipes do PSF, em razão das restrições da Lei de Responsabilidade Fiscal. Estes foram contratados por meio de Organização Social no regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Estes profissionais sentem-

se inseguros, pois o município está sendo interpelado pelo Ministério Público, que exige a contratação direta mediante concurso.

O surto de dengue em Nova Caridade

Nova Caridade conta com número de ACE de acordo com a orientação do Programa Nacional de Controle da Dengue, que vem conseguindo realizar 89% do número de visitas preconizadas a cada imóvel (preconizado: uma visita a cada imóvel a cada dois meses), além de visitas quinzenais a todos os pontos considerados estratégicos. Todos os focos encontrados são tratados.

Durante a realização do último Levantamento Rápido de Índice Amostral (Lira), que é feito no município regularmente, a cada três meses, foi observado crescimento importante dos níveis de infestação. No mês de janeiro, após dois meses de calor e chuvas intensas, foram observados os seguintes níveis (quadro 2) do índice de infestação predial (percentual de imóveis em que foram encontrados focos com larvas do mosquito *Aedes aegypti*):

Quadro 2: Levantamento do Lira na Área Urbana de Nova Caridade, segundo extrato (região), outubro de 2008 e janeiro de 2009.

EXTRATO	REGIÃO	Índice de Infestação Predial*	
		Outubro 2008	Janeiro 2009
I	CENTRO	3,8	5,0
II	NORTE	3,0	5,8
III	LESTE	4,3	4,4
IV	SUL	2,0	2,4
Média	ZONA URBANA DE NOVA CARIDADE	3,7	4,7

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde.

* O Ministério da Saúde classifica os níveis de infestação predial de acordo com os seguintes critérios de risco: Satisfatório: < 1,0; Alerta: 1 a 3,9; e Risco de surto: > 3,9.

Desde o dia 15 de fevereiro, começou a ocorrer um aumento expressivo na procura por atendimento nas UBS da região norte da cidade, bem como no Pronto-Socorro do Hospital Filantrópico e na Unidade de Pronto Atendimento 24 horas. A grande maioria dos pacientes era residente do bairro de Vila Santa Rosa, com quadro de febre alta, prostração, dor muscular, cefaleia intensa, principalmente em região retro-orbital, e exantema. Dois pacientes deste mesmo bairro chegaram à UBS de Vila Santa Rosa e ao Pronto-Socorro com história de um quadro semelhante

há quatro dias, com melhora da febre no dia do atendimento e há algumas horas com dor abdominal intensa e contínua, vômitos e hipotensão postural, evoluindo com quadro de choque, necessitando de hidratação endovenosa em grande volume e internação em leito de UTI.

No início de março de 2009, começaram a chegar os primeiros exames laboratoriais, confirmando que a maioria dos casos apresentava sorologia positiva para Dengue. O quadro 3 mostra qual era a situação epidemiológica no 3º dia de março:

Após a leitura do Estudo de Caso, discuta sobre as seguintes questões:

1. Como é a organização dos serviços de saúde neste município, principalmente em relação à integração da APS e VS?

2. Os territórios de atuação da APS e VS são bem definidos? Eles se complementam?

3. A ocorrência do surto de Dengue já era prevista? Que aspectos da organização do serviço podem ter influenciado nesse quadro?

4. Como você avalia a inserção do ACE nas ações de Atenção Primária à Saúde (APS)?
