

PRODUÇÃO E USO DAS INFORMAÇÕES DE
SAÚDE NA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO: UMA
QUESTÃO ESTRATÉGICA PARA A CONSTRUÇÃO DO SUS.

BIBLIOTECA
CEFOR

ALVARO ESCRIVÃO JUNIOR

* Diretor do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - CEPI da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

* Professor de Epidemiologia da EAESP da Fundação Getulio Vargas - FGV

Agosto de 1990.

I Congresso Brasileiro de Epidemiologia
Oficina de Trabalho: Sistema de Informação em
Saúde: Como usar fonte de dados para a geração
de indicadores epidemiológicos.

TEXTO REVISADO EM MARÇO DE 1.991.

PRODUÇÃO E USO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE NA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO: Uma Questão Estratégica Para a Construção do SUS

* ALVARO ESCRIVÃO JUNIOR

INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde - SUS no município de São Paulo é parte da luta mais geral da parcela progressista do movimento sanitário paulista e brasileiro e insere-se nos esforços mais gerais pela democratização da sociedade.

As propostas elaboradas nos últimos anos, e já consolidadas em seus princípios gerais nos textos das constituições e leis orgânicas, precisam avançar para a prática das instituições. Em que pese o compromisso que a atual administração democrática-popular de São Paulo tem com as propostas de transformação dos serviços de Saúde, a conquista do SUS é tarefa que extrapola os limites dos quadros gestores da cidade e até mesmo o tempo administrativo disponível.

Não obstante o muito que falta caminhar, muitos passos tem do dados e alguns serão a seguir assinalados. Importa receber a crítica e a sugestão e identificar as incorrecções de rumo para saná-las e os acertos para consolidá-los.

O relato da experiência e as considerações que serão feitas sobre o Sistema de Informações em Saúde do Município estarão sendo na medida do possível acompanhadas de referências sobre as propostas para o trabalho da Secretaria como um todo, já que se concebe a estrutura de um sistema de informação dentro de uma organização, como um reflexo direto do modelo de gerenciamento e de atuação adotados.

* Do CEPI (Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação) - SMS - SP e da Fundação Getulio Vargas - FGV - SP.

O MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE

O novo modelo exige o desenvolvimento nas Unidades Básicas de Saúde de atividades permanentes de avaliação dos determinantes da saúde/doença existentes na sua área de influência, os quais se concretizam nos locais de trabalho, de estudo, de lazer e nos meios de transporte utilizados pela população.

Mais do que isso implicam em um compromisso com a mudança da forma de intervenção do poder público, superando as barreiras, colocadas entre as ações dos diversos setores responsáveis pela alteração daqueles determinantes (educação, cultura, transportes, habitação, saneamento e meio ambiente, entre outros).

A articulação inter-setorial e o processo de democratização dos serviços, bem com a descentralização das decisões administrativas, permeados pela participação do movimento popular e sindical são as características mais marcantes da administração que se quer implementar.

O desenvolvimento de ações dirigidas à comunidade requer o preparo para que se considerem essas atividades como parte integrante, permanente e obrigatória do funcionamento das unidades.

O redirecionamento do Sistema de Saúde para atender a essas propostas dependerá da existência de recursos humanos preparados para as novas tarefas e de recursos financeiros e materiais especificamente destinados para esse fim. É obrigatório que se faça essa mudança melhorando ao mesmo tempo a qualidade da assistência prestada nas Unidades de Saúde, que precisam estar preparadas inclusive para atender a um provável aumento de demanda. Há, portanto, a necessidade de aumentar a produção de atos médicos-odontológicos na rede pública, eliminando-se a ociosidade e reinvidicando-se maior aporte de recursos para o setor, em todas as esferas do governo.

Não se trata de tarefa fácil a operacionalização destas propostas, pois estas exigem mudanças nas mentalidades e nas práticas administrativas, hoje cristalizadas por interesses poderosos e em geral conflitantes com os da maioria da população. Para superar o modelo predominante que reduz o atendimento de saúde a uma assistência médica mal feita, é necessário orçamentar e alocar recursos nas ações voltadas para os grupos populacionais epidemiologicamente definidos e melhorar a forma de prestação da assistência médica, considerando a pessoa que está sendo atendida na sua totalidade.

A abordagem da questão da saúde do ponto de vista transdisciplinar e a intervenção através de ações coletivas realizadas por equipes multidisciplinares, resgata a unidade do indivíduo e ao mesmo tempo o insere no segmento social a que pertence, descartando ações tão somente justapostas e desarticuladas.

Esta forma de desenvolver a atenção à saúde tem como base o privilegiamento do setor público na prestação de serviços, a ampla participação da população e de funcionários na administração, uma organização descentralizada das estruturas administrativas e a garantia da atenção à saúde de maneira igualitária.

4

A ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E GERENCIAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

A estrutura administrativa da Secretaria Municipal da Saúde, foi reformulada em 1989 tendo por princípios básicos a integração, a descentralização e a democratização. Assim, atualmente, o município está dividido em 10 Administrações Regionais de Saúde, - ARS- e estas por sua vez estão divididas em Distritos de Saúde - DS.

Esta estrutura é adequada para incorporar instituições públicas de atuação municipal de outras esferas de governo, com o intuito de consolidar o Sistema Único de Saúde e será implantada pelas Administrações Regionais de Saúde gradativamente, de acordo com as condições locais, organizando-se os Distritos de Saúde, que devem apresentar as seguintes características básicas:

- 1- é a unidade organizacional e de planejamento de todas as ações a serem desenvolvidas a seu nível, isto é, coordena e dá unidade às programações realizadas em cada uma de suas unidades. Desenvolve ações programáticas relacionadas aos problemas de saúde considerados prioritários segundo indicadores epidemiológicos;
- 2- desenvolve suas atividades sob gerência única com autonomia orçamentária e administrativa;
- 3- conta com o sistema unificado de informação gerencial e operacional, para responder às necessidades próprias (informações referentes a: produção, vigilância epidemiológica e sanitária, recursos humanos, medicamentos, materiais, custos, etc), bem como, às necessidades institucionais;
- 4- conta com sistema de custos que leve em consideração os vários equipamentos, que permita não só a avaliação de cada componente do distrito mas também a avaliação comparativa entre eles. O sistema permite ainda a comparação dos custos entre os diversos Distritos;

É nesse nível, também, que se articulam boa parte das ações multisetoriais para o enfrentamento dos determinantes das condições de saúde específicos da área distrital ou de ações que encontram ali as condições ideais de execução. Lembre-se, a propósito, a inviabilidade de exercer políticas públicas de forma integrada para um município do porte de São Paulo (cerca de 12 milhões de habitantes) centralizadamente. O avançar da descentralização e regionalização da Prefeitura de São Paulo, com a criação das Sub-Prefeituras, deverá potencializar as iniciativas já existentes de trabalho integrado das diversas secretarias e empresas municipais.

No nível central existe uma "Plenária de Entidades e Movimentos interessados na questão saúde no Município de São Paulo" que se constituiu no espaço de participação para toda e qualquer Entidade ou Movimento que queira contribuir para solucionar os problemas de saúde do município. É neste universo de Entidades e Movimentos cadastrados que são escolhidos os representantes para o "Conselho Municipal da Saúde".

O "Conselho Municipal da Saúde" tem uma composição tripartite: 1) representantes das estruturas estatais, 2) dos usuários dos serviços 3) de trabalhadores da área de saúde e dos produtores privados de serviços. No nível das Regiões, dos Distritos de Saúde e das Unidades Locais de Saúde existem as Comissões Gestoras, também tripartites. Todos esses colegiados são paritários, ou seja, metade de seus membros são representantes da população e a outra metade estruturais estatais.

Estes vários níveis de gestão democrática devem deliberar sobre a administração do Sistema Único de Saúde no nível do município de São Paulo, incluindo o controle do relacionamento com a iniciativa privada, concretizando, assim, o estabelecido na Constituição Federal.

A consolidação destes diversos níveis democráticos de gestão do Sistema Único de Saúde é fundamental para garantir que realmente o sistema esteja a serviço dos interesses da população. Esta forma democrática de gestão dará sustentação política para construção gradativa do sistema. Os recursos humanos constituem o problema central do Sistema Único de Saúde. A política de recursos humanos está centrada nos princípios da profissionalização, participação e humanização e da necessidade de se produzirem mudanças nas mentalidades e nas ações.

O Distrito de Saúde é o "locus" privilegiado da organização da atenção à saúde. Nesse nível da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde são caracterizados os problemas de saúde, os serviços de saúde existentes, a população usuária dos mesmos (residente na área ou referida de outras regiões), e os recursos utilizados pela população do Distrito mas localizados em áreas geográficas de outros distritos. As Administrações Regionais de Saúde - ARS e o nível central de SMS exercem a função de coordenação e garantem a execução de políticas regionais e municipais, evitando a "atomização" das atividades da Secretaria.

Com vistas à superação da fragmentação tradicionalmente observada nas atividades de planejamento e de programação de saúde foram incluídos na nova estrutura organizacional da SMS, em seus diversos níveis, duas áreas de atuação estratégicas na implementação do modelo gerencial e administrativo pretendido: 1) área de organização da atenção à saúde, responsável pela elaboração de propostas de programas a serem submetidas às instâncias de decisão de cada órgão (Conselho e Diretoria) e pelo detalhamento técnico das propostas originadas, naquelas instâncias. Cabe ainda a essa área orientar a alocação de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros, de acordo com as diretrizes definidas pelo nível decisório; 2) área de epidemiologia, pesquisa e informação responsável pelo desenvolvimento dos indicadores sobre os problemas de saúde e de avaliação do impacto e do desempenho dos serviços, inclusive no que diz respeito à otimização dos recursos utilizados.

Estas duas áreas tem funções complementares e os órgãos existentes em cada nível da SMS responsáveis por elas, devem trabalhar de forma articulada, através de projetos contando com o envolvimento de profissionais dos diversos órgãos da SMS e mesmo de consultorias de instituições de excelência técnica, quando se fizer necessário.

Este esquema matricial de trabalho permite maior agilidade e integra as diferentes, equipes em atividades realmente prioritárias definidas pelas instâncias decisórias. Evita, assim a dispersão de esforços e recursos que caracterizam os programas verticais tradicionalmente existentes no setor saúde brasileiro.

INFORMAÇÕES NA SMS: A Definição das Necessidades e o Reconhecimento dos Dados Existentes.

Grande quantidade de dados produzidos, muitos destes irrelevantes, problemas na qualidade, fluxo centralizado e não observância de prazos de envio. Utilização insignificante dos dados para a gerência do sistema de atenção à saúde e para o apoio do processo decisório.

Esta realidade verificada para a SMS de São Paulo não difere em muito do que se encontra como norma nas serviços de saúde nacionais. Esta postura é em verdade, o reflexo da maneira predominante de administração dos serviços de saúde, baseada fundamentalmente na experiência anterior dos dirigentes, nas pressões políticas ilegítimas, nas "emergências" de cada momento, em informação mínima e improvisada e em estimativas muito grosseiras das necessidades de recursos.

Geralmente os sistemas existentes reforçam uma atenção voltada à doença, desligada de um contexto social. São restritos à instituição na qual existem, raramente há elos e integração na produção e análise de dados e informações, quer entre os diferentes níveis de atenção à saúde de uma mesma instituição, quer no conjunto dos órgãos prestadores de serviços a população.

Nessa dimensão o profissional que trabalha com a coleta de dados, raramente conhece os resultados obtidos com a análise dos dados por ele colhidos. A informação não é devolvida, não retorna, nem para o profissional - para subsidiar a melhoria da sua prática - e muito menos para população - para interferir na gestão dos serviços de saúde.

É preciso que se faça a ressalva que neste quadro geral de dificuldades, persistiram na SMS grupos técnicos sensibilizados e com experiência em sistemas de informação, os quais desempenharam papel importante na retomada dos esforços de aprimoramento do sistema empreendidos pela atual administração. Ressalte-se também que muitas das sistemáticas de produção de dados implantadas em 1984/85 resistiram ao "desastre" da administração anterior e contribuíram para a reformulação em andamento. A título de exemplo, podem ser citados o Sistema de Registro da Morbidade Hospitalar e o formato "desconcentrado" da produção de dados do antigo Departamento de Saúde da Comunidade - DSC.

O sistema de informação encontrado era dicotomizado, onde de um lado existia um avançado aparato tecnológico, informatizado, e de outro um processamento de dados realizado manualmente, gerando cerca de 90% das informações do sistema. A própria estrutura organizacional montada reforçava esta dicotomia, tendo-se a Coordenadoria de Informática e a Seção Técnica de Estatística, como órgãos estanques.

Para o desenvolvimento de informações automatizadas na PSMP, compete legalmente a PRODAM - Companhia de Processamento de Dados do Município - a intermediação e/ou cessão de hardwares e softwares. Pelos serviços prestados a PRODAM recebe um numerário através da emissão de ordem de serviços. A despesa com a PRODAM é fixada em Orçamento-Programa. Para 1.989 a despesa empenhada com o Processamento de Dados correspondeu a 0,06% do orçamento de SMS.

A relação com a PRODAM consistia numa "relação de compra-venda de serviços", onde a PRODAM determinava o que comprar de equipamentos e sistemas e o quanto pagar.

Isto se deve porque historicamente a informática na PSMP, desenvolvida via PRODAM, foi priorizada para os serviços-meio (contabilidade, orçamento, controle de materiais). Conseqüentemente a implantação dos serviços automatizados iniciou-se por Secretarias de Apoio (Finanças, SMA e outras), em detrimento das Secretarias que prestam atendimento direto a população, como SMS.

Este relacionamento encontra-se hoje em processo de transformação, a partir da criação do Conselho Municipal de Informática e do desenvolvimento de mecanismos de avaliação pela Secretaria dos serviços e custos da PRODAM.

Embora inexistisse uma política explícita de informatização na secretaria, eram disponíveis softwares e hardwares de pequeno, médio e grande portes. O desenvolvimento da microinformática era insignificante (a maioria dos micros fora de uso por falta de manutenção), os softwares e mini-computadores adquiridos no final da administração anterior para informatização de 3 hospitais municipais e para a constituição de uma rede de administração hospitalar, eram desprovidos de justificativa técnica e os seus procedimentos duvidosos de aquisição e de pagamento são exemplos cabais de má utilização dos recursos públicos.

Os sistemas do "main-frame," são desenvolvidos pela PRODAM e acessados por teleprocessamento pelas Secretarias e empresas, sendo que SMS dispunha de apenas 9 (nove) terminais, o que ilustra o grau de centralização vigente. Conforme já foi referido, os sistemas do grande porte destinam-se em geral para o processamento de dados das atividades - meio, tais como cadastros, controle de materiais e execução orçamentária.

À Seção Técnica de Estatística - STE, órgão do nível central da Secretaria cabia a consolidação de dados recebidos das duas estruturas paralelas responsáveis pelos hospitais e Pronto Socorros (MED-Superintendência) e Unidades Básicas de Saúde (DSC). Com a reforma administrativa empreendida no atual governo estes dois órgãos foram extintos com a criação das 10 ARS. A STE recebia e consolidava também dados enviados de outros órgãos da antiga Secretaria de Higiene e Saúde, tais como Centro de Controle de Zoonoses, Ambulatório de Recuperação de Alcoolatras (ARA).

Havia uma centralização tanto do tratamento como de compilação dos dados em relatórios. Ao final de cada ano era emitido o relatório anual, apresentando uma série de tabelas, agrupadas de acordo com a origem (MED, DSC, ARA, CECOM, CCZ, etc), para as quais não era realizada nenhuma análise que pudesse reverter para a reformulação da produção dos serviços prestados ou até mesmo para o gerenciamento das unidades.

Como a relação com as unidades ou seu órgão intermediário (MED ou DSC) não era garantida por um processo institucional contínuo, o rastreamento dos dados, sempre que necessário para confirmação de fidedignidade, não consistia em uma atividade prevista ou muitas vezes, possível. Outra preocupação com os dados consistia em consolidá-los para prestar contas e/ou conseguir verbas AIS/PMS.

0 SISTEMA MUNICIPAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE - SIMIS

I - Definição e uso de indicadores

A proposta da atual administração para a organização e o funcionamento dos serviços municipais de saúde implica para efetivar-se na ampla utilização dos indicadores epidemiológicos e administrativos existentes, bem como no desenvolvimento de novos indicadores adequados às diretrizes do Sistema Único de Saúde preconizado.

1- Indicadores das condições de vida e saúde: construídos tendo por base as microrregiões (Distritos de Saúde) consolidados por ARS e para o município de São Paulo. Destinam-se a "ler" permanentemente os principais problemas de saúde e os seus determinantes, e subsidiam as reivindicações por mudanças nas políticas públicas em todos os níveis de governo.

1a- Indicadores de mortalidade e de morbidade: implicam no acesso facilitado aos dados de mortalidade, com o nível de desagregação necessário, e em tempo oportuno para sua efetiva utilização na prática dos serviços. Exigem a sensibilização e a capacitação dos profissionais para interpretar, analisar e produzir estes tipos de dados.

1b- Indicadores baseados em dados sobre os determinantes das condições de saúde: renda, ocupação, condição de trabalho, habitação, transporte, ambiente, educação, entre outros. Ressentem-se problemas de desagregação dos dados para os microrregiões e de falta de preparo dos profissionais para sua utilização adequada na prática dos serviços.

2- Indicadores de cobertura e qualidade dos serviços e atividades de saúde: interessam dados sobre o conjunto de serviços e atividades de saúde, públicos ou privadas, existentes em cada região. Existem problemas na atualização dos cadastros e na compatibilização de outros sistemas de informação estaduais e federais.

3- Indicadores para apoiar gestão dos serviços municipais de saúde e para subsidiar a atuação multisetorial da PMSP: Busca-se o aprimoramento da sistemática existente de produção de dados e ampliação para outras áreas de interesse como a vigilância da saúde do trabalhador, controle de alimentos, entre outras. Recobre a área de produção de serviços e a administração dos recursos físicos, humanos, materiais, e financeiros.

O Desenvolvimento de sistemas de produção e divulgação de dados e do registro de informações das atividades ligadas aos Conselhos Gestores e Conselho Municipal de Saúde, como um novo campo de atuação dos sistemas de informações, voltadas para apoiar a participação popular e sindical no processo de planejamento e gestão dos serviços de Saúde.

O modelo gestão preconizado exige a existência de indicadores simples e concretos, com nível aceitável de validade, superando a prática de uso de indicadores muito gerais e pouco operativos. Neste sentido, coloca-se como imprescindível a existência de metas explícitas na administração em todos os níveis.

Tem sido constante a demanda por documentos com formatos visuais (com gráficos e ilustrações) adequados, enfatizando-se mais o uso oportuno das informações que a obsessão pela precisão e o virtuosismo técnico.

Neste particular é ilustrativo que a I Conferência Municipal de Saúde de São Paulo, realizada de 24 a 26 de agosto de 1990, tenha incluído entre suas propostas a recomendação para " que a SMS crie um Sistema de Informações à população de ordens: financeira, administrativa - técnica, epidemiológica, e de recursos humanos, com "linguagem acessível" garantindo acesso a essas informações com transparência.

Mecanismos de intercâmbio de dados e informações com outros órgãos municipais incluindo-se produção conjunta ligada a projetos multisetoriais, é outra necessidade identificada a partir da opção pela intersectorialidade como característica fundamental da atual administração municipal.

II - SIMIS - SP Instrumento para:

- Responder as necessidades de conhecimento epidemiológico das regiões e do município.
- Avaliar quantitativa e qualitativamente os serviços prestados.
- Administrar os recursos humanos, materiais e financeiros de SMS Entidades Sociais.
- Subsidiar a articulação inter-setorial e inter-secretarial em todas esferas de governo.

O desenvolvimento do Sistema Municipal de Informação em Saúde passa necessariamente pela descentralização, unificação e democratização da informação. A **descentralização** compreendida a partir da reforma administrativa de SMS, onde em cada nível deverá haver a produção, análise e uso da informação para a melhoria das ações a serem desenvolvidas segundo sua competência administrativa e o seu interrelacionamento com as demais unidades e níveis para garantia do sistema de referência e contra referência.

A unificação compreendida como a produção e utilização da informação por cada nível administrativo integrado aos demais através de diretrizes comuns e gerenciamento técnico único objetivando evitar duplicidade e centralização de dados. A democratização compreendida como o retorno da informação produzida e analisada a todos os níveis gerenciais de SMS e ao Conselho Municipal de Saúde e seus desdobramentos no sentido de subsidiar decisões político - técnico - administrativas.

A implantação de um sistema de informação na SMS de forma a garantir desde o início do processo a participação dos níveis regionais, e até mesmo dos níveis distritais e locais, exigiu um conjunto de providências articuladas. A sensibilização dos profissionais para a importância do uso dos dados e informações disponíveis foi um primeiro passo adotado, sendo que os esforços nesse sentido devem ser permanentes e em nível cada vez mais abrangente.

Procurou-se promover continuamente o debate sobre as informações disponíveis, sua utilidade e suas limitações, com o Conselho Municipal de Saúde e com as equipes dirigentes da SMS. As ARS reproduziram, embora de forma limitada, as discussões no nível regional. Foram publicados artigos no Boletim Informativo da Secretaria que inclusive editou um número especial sobre o SIMIS. (anexo I).

Logo no início da atual administração, foi realizado um "Diagnóstico de Saúde do Município, segundo 10 ARS", visando avaliar as condições de saúde da população e os serviços existentes. O projeto foi desenvolvido pelas equipes técnicas dos Núcleos de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - NEPI de cada uma das ARS para as suas regiões a partir de um roteiro comum. Uma equipe do Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação - CEPI baseando-se nos trabalhos regionais e em outras fontes, elaborou um diagnóstico para o município como um todo.*

* Os documentos dos diagnósticos regionais e o do município estão disponíveis para consulta dos interessados no CEPI

O desenvolvimento deste projeto permitiu identificar duas ordens de dificuldades para a implementação das atividades de produção e uso das informações. A primeira diz respeito ao pouco tempo dedicado pelas equipes regionais a esse tipo de atividades, por razões já comentadas anteriormente e decorrentes da pequena utilidade das informações para subsidiar o processo decisório, nos moldes habituais de funcionamento dos serviços de saúde.

A segunda ordem de dificuldades refere-se à pouca capacitação dos profissionais para lidar com os dados sócio-econômicos e epidemiológicos e mesmo para interpretar e analisar dados da área de saúde. Estas deficiências tem sido enfrentadas com a organização dos cursos de epidemiologia para profissionais que já tem alguma experiência na área e de treinamento básico para um conjunto maior de técnicos dos vários níveis da SMS.

A organização dos dados utilizados e ou produzidos em SMS tem exigido uma série de providências que serão sucintamente apresentadas a seguir

1- Levantamento das fontes existentes visando a organização dos seguintes bancos de dados:

1a- Dados e informações demográficos, socio-econômicos, de recursos de saúde, epidemiológicos.

Em grande parte tratam-se de dados produzidos pelo IBGE, SEADE, SEMPLA-PSMP, DATAPREV e outros órgãos municipais e estaduais. Tem exigido a organização de fluxos descendentes do CEPI para as regiões e sua utilização é prejudicada pelo nível de agregação dos dados e pela defasagem temporal dos mesmos.

Diversos contatos tem sido feitos com os órgãos responsáveis pela produção e divulgação deste tipo de dados, visando superar as dificuldades referidas. Com relação à mortalidade, optou-se pelo desenvolvimento de um programa de ampliação do uso e de aperfeiçoamento das informações de mortalidade no município, o PRO-AIM. Os objetivos e a experiência dos primeiros meses de implantação desse programa encontram-se no ANEXO II.

1b - Dados e informação de morbidade

Ambulatorial atendida

Hospitalar atendida

Infeção hospitalar

Controle Estatístico Perinatal

Epidemiologia da cárie (levantamento anual em conjunto com área de Saúde Bucal).

Acidentes de Trabalho. (utilizando-se as "CATS" que são trabalhadas pelos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador)

1c - Dados e informação de Produção dos Serviços de Atenção à Saúde

Urgência/Emergência

Ambulatorial

Internação

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Zoonoses

1d - Dados e informação relativos ao Suporte Administrativo

Controle de Materiais

Controle Orçamentário (SEO)

Controle de Processos

Controle de Pessoal

Controle de Frota

Administração Hospitalar

A caracterização dos dados e informações existentes foi feita utilizando-se um levantamento realizado pelos NEPIs através de um roteiro comum. Buscou-se com este levantamento iniciar um processo conjunto CEPI/ARS para a concepção de uma Política de Informação em Saúde em SMS e para a Implantação do Sistema Municipal de Informação em Saúde.

Os objetivos do levantamento e as questões em debate neste processo são reproduzidos a seguir:

Este levantamento tem como objetivo identificar entre outros:

- . os instrumentos de coleta a nível das unidades.
- . existência ou não de padronização de instrumentais e prontuários.
- . fluxos existentes.
- . existência ou não de duplicidade de informações.
- . forma de tratamento e análise dos dados colhidos.
- . recursos humanos e materiais utilizados na produção das informações.
- . etc.

A partir dos dados levantados será possível definir quais informações serão processadas e analisadas e utilizadas a cada nível do fluxo proposto.

- . quais os pontos de estrangulamento na coleta, produção e análise dos dados?
- . há duplicidade de esforços para coleta, elaboração e divulgação dos dados?
- . qual a correlação entre serviço prestado x serviço registrado x dados analisados?
- . qual o fluxo e periodicidade do transito dos dados (brutos e analisados)?
- . o fluxo dos dados e sua respectiva análise permite o conhecimento da informação para a ação?
- . quais as necessidades de treinamento de pessoal para registro, coleta, tratamento e análise dos dados pelos diferentes níveis administrativos?
- . existem manuais de orientação tanto para coleta e tratamento dos dados mecanicamente e manualmente?
- . quais os principais projetos de trabalho com dados da ARS?
- . serão sistemáticos ou assistemáticos (através de inquéritos, pesquisa, etc)?
- . outras informações e/ou análises importantes para compor o diagnóstico?

2- Reformulação do SIMIS - A partir deste levantamento iniciou-se processo de discussão com as regiões visando elaborar proposta de reformulação do sistema de informação. Reproduz-se a seguir trechos do relatório de novembro de 89 sobre o trabalho de reformulação no sentido de ilustrar o perfil do processo.

"A partir do Seminário sobre Informações em Saúde realizado em 18 e 19/09/89 foi desencadeado um processo de revisão do sistema de informações em SMS. A proposta aprovada pelo Secretário e o colegiado dos Diretores Regionais (Prontuário, Morbidade, Boletins, Consolidação e Administração Hospitalar), que teriam um prazo de 03 meses para conclusão dos trabalhos e com início para implantação do novo sistema de informações no mês de janeiro de 1990"

"Com o desenrolar dos trabalhos, os representantes das varias ARS no GTS iniciaram um questionamento da viabilidade da execução da proposta no cronograma previsto. Este questionamento foi motivado pela grave carência de recursos humanos na rede de SMS o que dificultava a participação nos GTS sendo que o cronograma proposto foi considerado exiguo na medida em que inviabilizava uma discussão ampliada para todos os níveis da rede"

"Frente a esses problemas verificou-se a necessidade de uma revisão da proposta e após 2 reuniões realizadas em 27/10 e 08/11/89, das quais participaram representantes de alguns Programas de SMS e um representante da área de Recursos Humanos na última reunião, chegou-se a uma proposta que alterava a metodologia de trabalho e propunha um novo cronograma"

"A proposta de mudança de metodologia consistiu em se trabalhar com 4 grupos (Prontuário, Morbidade, Boletins e Consolidado) de forma sequencial e não mais concomitantemente isto é, os GTs passariam a trabalhar de forma sequencial por blocos temáticos esgotando-se cada tema antes de se passar para o tema seguinte. Tal proposta de mudança surgiu em função da dificuldade das ARS em participar de 05 GTs simultaneamente e também pelo fato de que o trabalho de alguns GTs estaria na dependência das conclusões de outros GTs."

"Com relação ao cronograma de implantação, a proposta apresentada pelo CEPI previa a conclusão dos trabalhos dos GTs para fim de janeiro/90, treinamento de pessoal em Fevereiro/90 e implantação em Março/90. A avaliação estaria sendo feita um ano após (Março/91). Porém houve discordância da maioria dos representantes dos NEPIS e das ARS sob a alegação de que Janeiro e Fevereiro são meses de férias e que também estariam ocorrendo o processo de remoção dos servidores e o ingresso dos concursados nesse mesmo período"

"Sugere-se que os participantes dos GTs obedecam a duas características :

- 1- Representantes das 10 ARS - garantindo a reprodução das discussões e a interlocução das contribuições dela emergentes.
- 2- Assessoria Técnica - permitindo o aprofundamento dos temas em seu âmbito teórico. Sugere-se que seja desenvolvido por profissionais de nível universitário com experiência acumulada no assunto"

Os trechos do relatório reproduzidos acima fornecem uma visão das características do processo de reformulação do sistema. Procurou-se garantir a discussão nos níveis regional e local e incorporar o resultado da mesma na proposta dos GT(s). Embora confira ao processo uma certa perda de rapidez, as discussões com as várias instâncias administrativas e com os representantes das assessorias específicas (saúde bucal, saúde mental, saúde da criança, etc...) representam uma forma de sensibilização para a importância do Sistema de Informações e confere uma legitimidade maior para a proposta final dos GT(s).

De um modo geral, e considerando as imensas dificuldades vividas pela SMS nos últimos meses, tendo em vista o agravamento da crise do setor médico hospitalar e seus reflexos nos serviços municipais, pode-se avaliar que o processo de reformulação do SIMIS tem sido satisfatório.

Os GT(s) reuniram-se de dezembro de 89 a abril de 90, com pequena defasagem em relação ao cronograma estabelecido. A opção pela realização de pré-teste dos instrumentais do sistema no mês de maio de 1990, a necessidade de sua aprovação pelos níveis decisórios da SMS e o treinamento de pessoal realizado a partir do mês de julho, deslocaram a implantação do Sistema para 10. de setembro de 1990. A realização do pré-teste e a implantação do Sistema são descentralizadas o que confere uma heterogeneidade de suas características nas diferentes regiões, segundo as condições de cada uma delas e a prioridade conferida para os trabalhos.

Naquela data será implantado o módulo de Urgência/Emergência do Sub-Sistema de produção de Serviços de Saúde. O manual com as normas e procedimentos foi publicado no DOM de 25/08/90 constituindo-se em normatização para o conjunto de serviços municipais. No anexo III são reproduzidos trechos do manual, que contém cópias de todos os instrumentos a serem implantados com respectivas orientações de preenchimento *.

A nova sistemática procurou racionalizar os dados colhidos em SMS, reduzir o número e eliminar impressos duplicados para o mesmo fim, e padronizar as informações imprescindíveis para o acompanhamento do trabalho em cada nível e ainda permitir estudos comparativos entre regiões.

* Os manuais podem ser consultados no CEPI. Serão fornecidas cópias para instituições interessadas.

Procurou-se definir o tipo de informação pertinente a cada nível da organização, evitando-se o envio de dados irrelevantes para os níveis mais centrais da Secretaria. Definido o conteúdo básico, as ARS e DS tem autonomia para criar mecanismos regionais ou distritais de coleta de dados segundo suas necessidades específicas.

Buscou-se adaptar o sistema às novas necessidades da organização dos serviços. São exemplos disto a incorporação de ficha de referência e contra referência no sentido de favorecer a constituição da hierarquização pretendida e a introdução do item "cor" nos instrumentos básicos de registros de mortalidade atendendo a uma reivindicação do movimento negro.

Alguns avanços importantes podem ser ressaltados, tais como a consolidação do PRO-AIM como um polo dinamizador do uso das informações de mortalidade nos distritos de saúde e ARS.

Pode-se citar também o projeto conjunto CEPI/Assessoria de Saúde Bucal: "Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal no município de São Paulo - Zona Urbana" previsto para o ano de 1.991, que visa estimar a prevalência das principais patologias e condições da cavidade bucal nas idades de 5, 12 e 18 anos e nos grupos etários de 35 - 44 anos e de 65-74 anos. Serão trabalhadas as variáveis sexo, cor da pele e renda familiar e ainda o tempo desde a última consulta odontológica, segundo o tipo de serviço procurado.

Trata-se de uma importante tentativa de uso de novas metodologias de produção de informação e de trabalhar variáveis ainda pouco exploradas em serviços de saúde.

São também importantes as dificuldades que se está enfrentando no caminhar desse processo. Trata-se de uma secretaria de grande porte (cerca de 200 equipamentos de saúde e mais de 25.000 funcionários) que experimenta um grande processo de descentralização e de mudança no modelo de prestação de serviços.

Alem disso, novos desafios estão colocados, à frente, para o setor saúde no município de São Paulo: 1) a previsão de implantação de mais de 40 Distritos de Saúde (até 1.990 vinte e oito DS já estavam implantados), 2) a possibilidade de municipalização dos serviços estaduais e federais de saúde (quase 300 equipamentos de saúde, dobrando o número de funcionários de SMS) e a 3) reforma administrativa da Prefeitura de São Paulo.

Todos esses projetos exigirão uma adequação do Sistema de Informação às novas realidades da SMS-SP. É visível a curto prazo a necessidade de compatibilizar as Informações de Saúde municipais com aquelas dos níveis estadual e federal, nem sempre orientadas pelos mesmos princípios que se utiliza em SMS. Exemplo disso são as dificuldades vividas no momento, para atender ao Sistema Ambulatorial (SIA-SUS) do Ministério da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relatou-se as principais providências da SMS para estimular o uso das informações de saúde no gerenciamento dos serviços. Trata-se de um processo dinâmico, estimulante e participativo. Por este motivo é um trabalho pleno de conflitos que tem exigido dos inúmeros participantes habilidade para enfrentar e resolver dificuldades de toda ordem.

Constrói-se concomitantemente o SIMIS e o SUS, e não poderia ser de outra forma, já que o Sistema de Informação ao mesmo tempo que contribue para a organização do SUS, é também o reflexo do quanto se conseguiu avançar na implantação do Sistema Único de Saúde no município de São Paulo.

Documentos utilizados na elaboração do texto:

- 1) Atas e relatórios dos GT(s) de reformulação do Sistema Municipal de Informação em Saúde - Divisão de Informação CEPI - novembro de 1.989.
- 2) Levantamento Preliminar de Informação na SMS-SP- Divisão de Informação CEPI - Elaborado por Elisabete Kudzielicz, Diretora da Divisão de Informação - maio 1.989.
- 3) Relatório sobre o trabalho de reformulação do Sistema Municipal de Informação em Saúde - Divisão de Informação CEPI - novembro de 1.989.

Bibliografia:

1. CONNELL, F.A. ; DIEHR, P. & HART, L. C. The use of large data bases in health care studies Ann. Rev. public Health, 8:51-74, 1987
2. CONFERÊNCIA Municipal de Saúde de São Paulo. 1.: resoluções. São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, [1.990]
3. DEVER, G. E. A. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo, Pioneira, 1988.
4. HEALTH inequalities in the city of Toronto: summary report. Toronto, Department of Public Health Information Section 1991.
5. HEALTH inequalities in the city of Toronto: technical report. Toronto, Department of Public Health. Community Health Information Section, 1991.
6. LOZA SALDIVAR, A. de la; ORDAZ MARQUEZ, G. & GONZALES LEDEZMA, A. Avances actuales en los sistemas de información del IMSS. Salud publ. mex., 22 (2) 161-8, 1985
7. SABBATINI, R.M.E. Informática e o sistema de atenção primária de saúde na Itália. Rev. bras. Inform. Saúde, 1(4): 27-30, 1988

8. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Plano Municipal de Saúde. São Paulo, 1989.
9. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Centro de Epidemiologia, Pesquisa e Informação. "Diagnóstico sócio-econômico e de saúde do Município de São Paulo" 1989-1990. São Paulo, 1990.
10. USOS y perspectivas de la epidemiología: documentos del Seminario sobre Usos y perspectivas de la epidemiología. Buenos Aires (Argentina) 7-10 Noviembre 1983. Publicación No. PNSP 84-47 Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1984
11. WHITE, K. L. Información para la atención de la salud: una perspectiva epidemiológica. Educ. méd. Salud, 15 (4): 369-94, 1981

CEPI- Centro de Epidemiologia Pesquisa e Informação - SMS-SP
Av. Paulista, 2198 - 7o. andar - Fone: 284-1333
rs. 133/135/136