

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

Ana Cristina Vidor

**SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE:
SITUAÇÃO ATUAL EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Epidemiologia

Orientador: Dr. Ronaldo Bordin
Co-orientador: Dr. Paul Douglas Fisher

Porto Alegre
2004

TRABALHO APRESENTADO EM BANCA E APROVADO POR:

Prof. Dr. Alcindo Ferla

Prof. Dr. Airton Stein

Prof. Dr. Sérgio Bassanesi

Porto Alegre, dezembro de 2004.

Professor orientador: Dr. Ronaldo Bordin

Professor co-orientador: Dr. Paul Douglas Fisher

Aluno: Ana Cristina Vidor

Aos meus pais, cuja incansável orientação ainda guia meus passos.

À Deus, que ilumina nosso caminho.

AGRADECIMENTOS

É impossível listar, em uma página, todas as pessoas que colaboraram com a trajetória que levou à conclusão deste trabalho, mas dedico o resultado a todas elas.

Agradeço, em primeiro lugar, ao programa de pós-graduação, que me recebeu como filha, apoiando meu afastamento temporário que permitiu uma das experiências mais ricas de minha vida, no Timor Leste, e me acolheu no retorno, permitindo a realização do mestrado.

À FAMURS, cujo apoio favoreceu o contato com os municípios, principalmente através dos endereços fornecidos e da possibilidade de participar de seus eventos.

Aos secretários de saúde que participaram dos estudos-piloto, pela importante colaboração.

À Gabi, Rodrigo e Carmen, prestativos em colaborar muito além de suas tarefas rotineiras da secretaria, e à Raquel, que, mesmo sem envolvimento com o programa, colaborou com os contatos com os municípios.

Ao Rafael, pela elaboração do questionário eletrônico e apoio técnico durante sua aplicação.

À querida amiga Mônica, pela revisão da redação.

Aos colegas de orientação Virgínia, Ivana e Marcos, pelo apoio e dicas valiosos, e à Débora, incansável companheira, pelo incentivo e amizade.

Aos colegas do mestrado, pelas festas, pela diversão e pela amizade, que fizeram esta jornada muito mais alegre.

A meus orientadores, pelo incentivo, dedicação e paciência, e, principalmente, pela preocupação de que o trabalho realizado durante esses 17 meses me desse mais do que uma dissertação de mestrado.

RESUMO

A responsabilização do gestor municipal de saúde pelo planejamento e avaliação do Sistema de Saúde tem aumentado com o processo de municipalização, tornando crescente a necessidade de obtenção de informações adequadas e rapidamente acessíveis ao processo de tomada de decisões gerenciais. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são potenciais apoiadores deste processo, mas poucos trabalhos têm verificado sua adequação às necessidades dos gestores municipais, e municípios pequenos podem ter dificuldades adicionais para disponibilizar recursos materiais e humanos necessários a seu aproveitamento adequado. Procurou-se conhecer as necessidades dos 337 municípios gaúchos com menos de 10 mil habitantes em termos de estrutura, utilização dos SIS e necessidades de informações, através de questionário auto-aplicado. Houve um retorno de 127 questionários (37%). A falta de estrutura para a utilização dos SIS não apareceu como problema crítico, sendo que todos os municípios possuíam computador para uso dos SIS (média de três) e 6% não tinham internet. Em 59,1% há análise de dados com geração de indicadores utilizados no planejamento e gerenciamento local, mas 36,2% têm dificuldades na utilização das informações que retornam do nível central por não terem acesso ou por não conseguirem compreendê-las. 4,7% acham que os SIS permitem gerar os indicadores necessários, satisfazendo plenamente suas expectativas, e dos que não utilizam ou utilizam muito pouco os dados dos SIS, 10% referem como causa a falta de computadores, 27,5% o treinamento insuficiente dos profissionais, 27,5% que não há necessidade de criar indicadores, que vêm prontos do nível central, e 25% que os SIS não permitem trabalhar o banco de dados, apenas sua alimentação. Identificou-se dificuldade na compreensão do termo indicadora, e foram citados freqüentemente como importantes para o planejamento local os mesmos utilizados nas pactuações com o Estado. O Estado precisa fornecer às coordenadorias regionais condições para que possam assumir seu papel de apoiadoras técnicas, auxiliando a organização administrativa dos municípios e o processo de planejamento e tomada de decisões, permitindo que eles identifiquem suas demandas e decidam localmente quais as informações relevantes para apoiar suas decisões.

Descritores: Sistemas de informação, informática em saúde pública, administração municipal.

ABSTRACT

The burden of responsibility of municipal health managers for the planning and assessment of the Health System has increased due to the municipalization process. Consequently, there has been a growing necessity to obtain appropriate and easily accessible information for the managerial decision-making process. The Health Information Systems (HIS) are potential supporters of this process; however, few studies have found them appropriate for the needs of municipal managers; in addition, small municipalities may have additional difficulties in making material and human materials available, which are necessary for the proper utilization of these systems. In this paper, by using a self-applied questionnaire, we seek to determine the needs of 337 municipalities with less than 10,000 inhabitants, in the state of Rio Grande do Sul, southern Brazil, with regard to structure, utilization of the HIS and need of information. A total of 127 questionnaires were returned (37%). The lack of structure for the utilization of the HIS was not a critical problem. All municipalities had on average three computers for the use of the HIS, and 6% did not have an Internet connection. Data analysis, with development of indicators for local planning and management, was used by 59.1% of the municipalities, but 36.2% of them showed difficulty using the information obtained at the central level, due to the fact that they did not have access to or did not understand the information. In 4.7% of the municipalities, the HIS are believed to provide the necessary indicators, thus fully meeting their expectations, and among those ones that do not use or barely use the data provided by the HIS, the lack of computers corresponded to 10%, and poor professional qualification accounted for 27.5%, whereas according to 27.5%, indicators do not have to be developed (since they are readily provided at the central level), and for 25%, the HIS do not allow working on the database, they only allow feeding data into it. There was some difficulty understanding the term *indicators*. Those indicators used in partnerships with the government were often regarded as important for local planning. The government should provide regional boards with the necessary requirements so that they can take on their role of technical supporters, helping with the administrative organization of municipalities and with the planning and decision-making processes, allowing them to determine their demand and locally decide which information is relevant to support their decisions.

Key words: Public Health Informatics, Information Systems, Municipal Management

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estratégia de aplicação dos questionários	77
Figura 2 – Relação entre a frequência dos sis alimentados e analisados nos municípios.	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequência dos meios empregados para resposta ao instrumento (n = 127)	79
Tabela 2 - Comparação entre respondentes (n= 127) e amostra de não-respondentes (n= 23)	80
Tabela 3 - Frequência de respondentes conforme o tempo de emancipação e o porte dos municípios	81
Tabela 4 – Municípios respondentes, de acordo com as macrorregiões	82
Tabela 5 – Sistemas de Informação mais frequentemente alimentados e analisados pelos municípios com < 10.000 habitantes	83
Tabela 6 – Avaliação do retorno das informações dos níveis centrais aos municípios (n = 122)	86
Tabela 7 – Grupos de respostas mais citadas como indicadores importantes para o planejamento das ações municipais.....	86
Tabela 8 - Percepção de satisfação das necessidades de informações pelos SIS	88
Tabela 9 - Motivos para não utilização dos SIS para gerar indicadores para uso local.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIU - Apuração dos Imunobiológicos Utilizados

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

APAC - Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade

API - Avaliação do Programa de Imunizações

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CBCD - Centro Brasileiro de Classificação de Doenças

CEME - Central de Medicamentos

CENADI - Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos

Cenepi - Centro Nacional de Epidemiologia

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina

CGPNI - Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

CGPRH/SPS - Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNIS - Cadastro nacional de informações sociais

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

COSEMS - Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

DN - Declaração de Nascido Vivo

DO – Declaração de Óbito

EAPV - Eventos Adversos Pós-vacinação

EDI - Estoque e Distribuição de Imunobiológicos

FAMED/UFRGS - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FAMURS - Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul

FII - Ficha Individual de Investigação

FIN - Ficha Individual de Notificação

FSESP - Fundação de Serviços de Saúde Pública

Funasa – Fundação Nacional de Saúde

GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica

GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GPMS - Gestão Plena do Sistema Municipal

HEMOVIDA – Sistema de Gerenciamento de Unidades Hemoterápicas

HiB - *Haemophilus influenzae* tipo B

HOSPUB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Hospitalar

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS/SUS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB/SUS - Norma Operacional Básica do SUS

OIT - Organização Internacional do Trabalho (OIT)

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PAB - Piso da Atenção Básica

PACOTAPS - Aplicativo para atenção primária em saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários

PAIS - Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão

PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária

PDAVS - Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária

PFDC - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNI - Programa Nacional de Imunizações

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PSF - Programa Saúde da Família

RGIS - Rede Gaúcha de Informações em Saúde

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SAMHPS - Sistema de Atenção Médica Hospitalar da Previdência Social

SAS/MS - Secretaria de Assistência à Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SGBD - Sistema Gerenciador de Banco de Dados

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SIG - Sistemas de Informações Geográficas

SIGAB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Assistencial Básica

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SINAVISA - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SIOPS - Sistema de informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SI-PNI - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização

SIRH/SUS - Sistema de informações sobre recursos humanos para o SUS

SIS - Sistema de Informação em Saúde

SISCOLO – Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo de Útero

SISHIPERDIA – Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

SISLOC - Sistema de Informação de Localidades

SISMAL - Sistema de informações de malária

SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer da Mulher

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

SISREG – Sistema de Informação de Regulação

SIST - Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador

SIVEP - Sistema de Vigilância Epidemiológica

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNA - Sistema Nacional de Auditoria

SNA - System of National Accounts

SNT – Sistema Nacional de Transplantes

SPCETL - SISTEMA PRONTUÁRIO ÚNICO INFORMATIZADO

SUB - Sistema Único de Benefícios da previdência social

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TFA - Teto Financeiro da Assistência

UF – Unidade da Federação

USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	CONTEXTUALIZAÇÃO	17
2.1	DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE	17
2.2	INFORMAÇÃO COMO APOIO À DECISÃO	27
2.3	OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	38
3	OBJETIVOS	73
4	MÉTODOS	74
5	RESULTADOS	79
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	98
	APÊNDICE A - CARTA DE APRESENTAÇÃO	101
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PRELIMINAR	102
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DEFINITIVO	109
	APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO DA AMOSTRA	114
	APÊNDICE E - AGRUPAMENTO DAS RESPOSTAS CITADAS COMO INDICADORES	115
	ANEXO A - HABILITAÇÃO À GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA	120
	ANEXO B - HABILITAÇÃO À GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA	125
	ANEXO C - RELATÓRIO DE GESTÃO MUNICIPAL – 2004	131
	ANEXO D - PROJETO MUNICÍPIO RESOLVE	140

1 INTRODUÇÃO

A municipalização da saúde, processo de descentralização da gestão do sistema de saúde no país que surgiu como resultado do movimento da reforma sanitária e confirmado na Constituição Brasileira promulgada em 1988, tem aumentando a responsabilidade dos municípios. A responsabilização do gestor municipal de saúde pelo planejamento e avaliação do Sistema de Saúde gerou demanda crescente por informações adequadas e rapidamente acessíveis ao processo de tomada de decisões gerenciais.

Os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) aparecem neste cenário como importante instrumento de apoio à gestão em saúde, através da possibilidade de fornecimento de informações confiáveis, relevantes e facilmente disponíveis. Entretanto, poucos trabalhos têm sido conduzidos no sentido de verificar a adequação dos sistemas às necessidades de informações dos gestores municipais. Além disso, municípios de pequeno porte podem ter dificuldades adicionais para disponibilizar recursos materiais e humanos aos SIS, levando a um subaproveitamento desses sistemas.

O Rio Grande do Sul possui 496 municípios, dos quais 68% têm menos de 10 mil habitantes. Disponibilizar recursos humanos e materiais para o uso adequado dos SIS pode significar um importante desafio para os municípios, levando os gestores a buscar informações em fontes alternativas a fim de apoiar as decisões gerenciais, desperdiçando o potencial apoio que os SIS têm por missão oferecer.

O trabalho foi concebido com a finalidade de colaborar com o conhecimento a respeito da utilização dos SIS pelos gestores municipais, em especial nos municípios de pequeno porte, objetos de estudo.

O capítulo a seguir pretende abordar a contextualização da utilização municipal dos SIS, iniciando com uma revisão sobre o processo de municipalização da saúde no Brasil, depois destacando a importância da informação no processo de tomada de decisões, e por último, fazendo uma

revisão histórica dos principais sistemas de informações em saúde utilizados no país.

Os objetivos e métodos são destacados no terceiro e quarto capítulos, respectivamente.

O quinto capítulo apresenta a discussão dos principais resultados, cujas conclusões são retomadas nas considerações finais.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

Para melhor compreensão da importância da informação na gestão municipal, será apresentada uma revisão do processo de municipalização da saúde e do papel da informação nos processos decisórios. Além disso, foi feita revisão da situação atual dos sistemas de informação em saúde, grandes responsáveis pelo fornecimento de informações aos gestores municipais de saúde.

2.1 DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

Segundo Nicácio (2002), a prática desenvolvimentista no Brasil sempre foi uma cópia dos modelos dos países de economia avançada. Da mesma forma, as ações públicas em prol do desenvolvimento eram guiadas pela idéia de que este se daria pela correção ou atenuação dos desequilíbrios regionais. Assim, as políticas públicas elaboradas e executadas pelo governo federal primavam pela coordenação de ações em todo o país de modo a atingir o desenvolvimento geral, e as orientações centrais nasciam de uma perspectiva redistributiva e compensatória, baseadas em medidas de correção da distribuição de renda entre as diferentes regiões.

A questão do desenvolvimento econômico em nível estadual aparecia como parte integrante da preocupação com o desenvolvimento regional e, conseqüentemente, era vista como mera extensão das teorias que explicavam o desenvolvimento econômico nacional. O desenvolvimento do município estava vinculado aos programas estaduais, utilizando-se da mesma sistemática, negligenciando a realidade do município e o fato de que os municípios alicerçam a unidade nacional, constituindo-se de fato na base do desenvolvimento, onde

tudo se dá: as oportunidades de trabalhar e de lazer, a difusão da educação e da cultura e o exercício mais imediato da cidadania.

Neste contexto, segundo o autor, a cultura do desenvolvimento municipal atrofiou-se, e quando se analisa o planejamento existente em um município, confirma-se que, no papel, existem vários tipos de planejamentos (plano diretor físico territorial; planos de governos - saúde, educação, assistência social, desenvolvimento econômico, lazer; etc), que muitas vezes são contraditórios e não convergem para uma realização prática. Além disso, muitos confundem o planejamento do município com planos de governo ou de gestão, planejando o desenvolvimento do município de acordo com o tempo de duração de uma gestão.

Nas últimas décadas, porém, o processo de centralização da gestão vem sendo revertido no Brasil, com crescente fortalecimento dos municípios, o que culminou com a promulgação da Constituição Brasileira em outubro de 1988. Houve então a definição de dispositivos para a descentralização da autoridade, conferindo plena autonomia político-administrativo ao município, que passou a ser considerado como esfera autônoma entre as que compõem a federação (JACOBI, 1993 apud CAPUCCI, 1999).

Especificamente no setor saúde, os municípios tornaram-se responsáveis pela gestão e promoção dos serviços. De acordo com Capucci (1999), o processo de descentralização no setor saúde no Brasil e em suas unidades federativas tem íntima relação com o processo de redemocratização das relações na sociedade brasileira, observando que estão envolvidos a redistribuição de poder e de recursos, a redefinição dos papéis do governo nas esferas federal, estadual e municipal, a reorganização institucional (especialmente em âmbito municipal) e a mudança das práticas de formulação e de gestão de políticas públicas de saúde, além do estabelecimento de novas relações entre o governo e a sociedade, através dos mecanismos de controle social propiciados pelo SUS.

Vários momentos vêm construindo esse movimento. A Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91), que constitui um documento normativo do Ministério da Saúde (MS), estabeleceu a nova política de financiamento do SUS, definindo aspectos de natureza operacional e também de controle, acompanhamento e fiscalização de aplicação de recursos financeiros.

Especificamente quanto ao controle e acompanhamento do SUS, a referida norma fixou atribuições de avaliação técnica e financeira do SUS ao MS e ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em cooperação técnica com estados e municípios (SILVA; CARBORI; PIRES, 1996).

A NOB/SUS 01/92 caracterizou-se como um documento normativo mais amplo, procurando definir melhor os papéis dos gestores das três instâncias, bem como dos Conselhos de Saúde. Além de apresentar mais detalhadamente as atividades da União sobre controle e avaliação, além da implementação de seu sistema de auditoria, avançou no sentido de incluir as atividades de competência dos municípios e dos estados, reconhecendo no seu item quatro que “controle e avaliação são atividade primária dos municípios” (SILVA; CARBORI; PIRES, 1996).

Editada em maio de 1993, a NOB 01/93 formalizou os princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema central “A Municipalização é o Caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena).

Adicionalmente, a NOB/SUS 01/96 promoveu um avanço importante no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e Estados e caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos, redefinindo competências de estados e municípios. A partir de então, os municípios puderam habilitar-se a diferentes modalidades de gestão do SUS, ou optar por permanecer na condição de prestadores de serviço do Sistema, deixando ao Estado a responsabilidade pela gestão do SUS no território municipal enquanto mantida a situação de não-habilitado. A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significava a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor não apenas perante os outros gestores, mas também perante a população sob sua responsabilidade, e podia se dar como Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a), estando as responsabilidades, prerrogativas e pré-requisitos para cada uma delas explicitados no Anexo A.

A legislação também passou a reconhecer e incorporar outros atores sociais no processo de gestão do SUS, tais como os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, as Comissões Intergestoras Regionais, Bipartite e Tripartite, o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), representando também um esforço na promoção da transparência das ações do governo e na prestação de contas aos cidadãos (CAPUCCI, 1999).

No que diz respeito ao acesso e à qualidade da atenção básica, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS), de janeiro de 2001, amplia as responsabilidades dos municípios nesta área, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios, instituindo a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), e define como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle do *diabetes mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.

A partir da publicação da NOAS 01/2002, ficou também estabelecido o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, e os municípios puderam habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). As responsabilidades, prerrogativas e pré-requisitos para habilitação municipal nessas formas de gestão podem ser verificadas no Anexo B.

A partir dessa mudança de paradigmas, a descentralização da gestão da saúde, diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), é hoje importante estratégia para fortalecimento da legitimação política das demandas, necessidades e problemas de saúde da população (RIO GRANDE DO SUL, 2002a).

A gestão em saúde, de acordo com a NOB 96, é entendida como a prerrogativa e a responsabilidade compartilhada que tem cada uma das esferas de governo de:

dirigir um sistema de saúde, mediante o exercício das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. [...] O município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

As funções gestoras no SUS podem também ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a), podendo ser identificados quatro grandes grupos de funções (macro-funções) gestoras:

- a) formulação de políticas/planejamento;
- b) financiamento;
- c) coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados);
- d) prestação direta de serviços de saúde.

Cada uma dessas macro-funções compreende uma série de subfunções e de atribuições dos gestores na área da saúde. Dentro da macrofunção de formulação de políticas/planejamento, especificamente, estão incluídas as atividades de diagnóstico das necessidades de saúde, identificação das prioridades e programação de ações (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a), sendo esta uma área estratégica e ao mesmo tempo desafiadora aos gestores. Entende-se o planejamento ainda como um instrumento de gestão de políticas de governo e como prática social, que se destina a promover mudanças institucionais e sociais, melhorando o alcance destas políticas (CAPUCCI, 1999).

A função de gestão do Sistema de Saúde compartilhada pelos três níveis de governo tem se caracterizado por modelos distintos nos estados. Porém, houveram avanços importantes no processo de pactuação das responsabilidades e atribuições entre a União, os Estados e os Municípios. Neste sentido, há consenso entre os três níveis de governo sobre as atribuições básicas correspondentes a cada um no Controle, Avaliação e Regulação da Assistência à Saúde, e estas foram editadas na portaria SAS/MS n.º 423, de 24 de junho de 2002 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Segundo o anexo dessa portaria, as atividades de Controle e Avaliação da Assistência a serem desenvolvidas pelos três níveis de gestão do sistema são:

- a) o conhecimento de todos os prestadores de serviços e sua capacidade instalada;
- b) o acompanhamento da oferta com qualidade de acordo com a programação estabelecida;
- c) a autorização de procedimentos e internações;
- d) o controle da regularidade das ações e serviços faturados e dos pagamentos efetuados aos prestadores;
- e) a aplicação de normas técnicas e portarias vigentes;
- f) o estabelecimento de contratos com os prestadores;
- g) a avaliação dos resultados da atenção e do impacto nas condições de saúde.
- h) a estruturação do serviço de Controle e Avaliação;
- i) a coordenação, controle, regulação e avaliação do Sistema de Saúde no seu âmbito;
- j) o controle, regulação e avaliação da prestação de serviços sob sua gestão;
- k) a identificação de focos de desajuste sistemático entre oferta pactuada e demanda no seu âmbito.

São destacadas também como atribuições comuns da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios na área da saúde:

- a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano à saúde;
- o acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- a elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- a elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

- a elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- a elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS) de conformidade com plano de saúde;
- a elaboração de normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- a articulação da política e dos planos de saúde;
- a realização de pesquisas e estudos na área de saúde;
- a definição das instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- o fomento, coordenação e execução de programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial e
- a organização e coordenação do sistema de informação em saúde.

Mais especificamente em relação à direção municipal do SUS, segundo estas mesmas diretrizes, são destacadas as seguintes responsabilidades (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a):

- planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual;
- participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- executar serviços de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador;
- dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

- normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Dentre as atividades de gestão descentralizadas, deve-se destacar o planejamento das políticas e ações locais de saúde no âmbito dos municípios. O planejamento local em saúde pressupõe um diagnóstico de situação, como caracterização de uma situação de saúde, e pode ser concebida em três orientações, conforme Capucci (1999):

- a) de *crescimento ou reprodução*, que traz um viés diagnóstico *administrativo* e se refere ao setor como dimensão analítica da realidade;
- b) de mudança, que supõe um diagnóstico *estratégico*, e que tem as forças sociais como dimensão de análise;
- c) de *legitimação*, que incorpora um diagnóstico de cunho ideológico, e que tem a dimensão da *totalidade social* da realidade onde opera.

Fica claro, com esta nova organização do sistema de saúde, que houve um aumento substancial na responsabilidade dos municípios, que necessitam gerenciar as ações e serviços de saúde prestados à sua população, gerando nestes a necessidade de condições adequadas ao cumprimento de seu importante papel. A ação municipal tornou-se ainda mais complexa, na medida em que os maiores determinantes das condições de saúde no Brasil estão relacionados à ausência de saneamento básico, às precárias condições habitacionais, às desigualdades na renda e à degradação ambiental.

Frente a este contexto, as secretarias municipais de saúde não só adquiriram funções mais amplas como também viram-se diante do desafio de coordenar suas atividades com os demais setores de governo e da sociedade civil (CAPUCCI, 1999). Nesta nova lógica, é necessário que sejam desenvolvidos novos métodos de controle e avaliação que forneçam subsídios para análise da adequação da organização do Sistema e do modelo de gestão, das facilidades de acesso e da qualidade assistencial em função do impacto das ações e serviços sobre a saúde da população (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Além disso, a diversidade dos municípios brasileiros, em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado, implica em diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Também vale a pena destacar os achados de Arretche (2002), que estudou a municipalização da saúde em todos os municípios de cinco Estados brasileiros (Bahia, Ceará, Goiás, Rio Grande do Sul e São Paulo), e identificou que os municípios com maiores dificuldades em relação à capacidade de gestão dos sistemas locais de saúde foram os municípios menores (população média de 11.200 habitantes), e o Rio Grande do Sul foi um dos Estados com o maior número de municípios nessas condições em relação aos Estados estudados, sendo superado apenas pela Bahia.

O setor de controle e avaliação do sistema de saúde também foi evidenciado como ponto crítico na administração municipal no estudo de Silva, Carbori e Pires (1996), que verificou que a maioria dos gestores estudados não tem claro como estruturar este setor, e apontaram a área de planejamento, controle e avaliação do SUS como primeira prioridade em relação à necessidade de assessoramento no gerenciamento, vindo a necessidade de auxílio para o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde logo em seguida na frequência de citações.

No Rio Grande do Sul, até 1998, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) era responsável por apenas 4,5% do atendimento ambulatorial e era responsável pelo controle, fiscalização e pagamento da quase totalidade da rede hospitalar do Estado (ARRETCHE, 2002). Porém, a regionalização da atenção e a descentralização da gestão da saúde vêm norteando a gestão estadual, constituindo-se em um de seus eixos prioritários (SES/RS, 2002; www.saude.rs.gov.br, em 24/07/2004).

Atualmente, a divisão administrativa na área da saúde é representada por 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que representam o gestor estadual na instância regional, e são responsáveis pelas decisões referentes à organização de serviços regionais, pactuando com o nível municipal a melhor

resposta local ou para a região, além de serem responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, numa relação permanente de cooperação técnica, financeira e operacional e de diálogo com os municípios e com os prestadores de serviços, com o objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS (SES/RS, 2002b).

A saúde também foi organizada em sete macrorregiões, nominadas Centro Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. As regiões foram concebidas a partir da avaliação de sua distribuição geográfica e fluxo de acesso dos usuários aos serviços, bem como pelo tipo de atenção e nível de complexidade. Além de aprimorar a eficácia regional em todos os níveis de atenção, orientando não somente a pactuação regional de fluxos para a atenção à saúde, como também a aplicação dos recursos financeiros investidos a partir de critérios técnicos, esta estratégia visou aumentar a efetividade do financiamento do sistema. Além disso, a criação e o fortalecimento das instâncias de pactuação entre gestores, não somente no âmbito do Estado, como também das microrregiões e macrorregiões, tiveram por objetivo efetivar a descentralização do poder decisório, invertendo a cultura vertical de planejamento, de acompanhamento e organização da atenção à saúde e mobilizando esforços para a mudança da estrutura técnica e operacional existente, visando sua qualificação dentro dos princípios do SUS e a emergência de um novo modo de funcionamento (SES/RS, 2002b).

Dentro desta perspectiva, cabe salientar aqui os projetos **Municipalização Solidária**, implementado em 1999, e o **Município Resolve**, implementado em 2003. O primeiro procurava fortalecer as condições para a gestão e a capacidade de oferta de ações e serviços no âmbito municipal, através do repasse de recursos do tesouro estadual aos municípios, para a melhoria do sistema de saúde, respeitando a autonomia municipal para sua utilização (SES/RS, 2002b). O segundo reafirma a descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização da saúde como prioridade do governo estadual, qualificando e melhorando o acesso da população às ações de atenção básica, bem como descentralizando e aumentando a resolutividade do sistema de saúde,

especialmente nas ações de média e alta complexidade (www.saude.rs.gov.br, em 24/07/2004).

O Rio Grande do Sul, com uma área territorial de 282.674 Km², é constituído por 496 municípios, dos quais 95,2% se encontram atualmente habilitados à NOAS, sendo 92,5% habilitados ao GPABA, e 2,6% à GPSM. Os municípios de pequeno porte (menos de dez mil habitantes), representam 68% dos municípios gaúchos, o que faz com que a qualificação da gestão nestes municípios seja de extrema importância para efetivar a descentralização da gestão em saúde no Estado.

2.2 INFORMAÇÃO COMO APOIO À DECISÃO

A descentralização da gestão em saúde, conforme discutido anteriormente, transfere ao poder municipal o papel decisório e a responsabilidade pelas ações de saúde em seu território. O cumprimento deste novo papel, parte do processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS, faz crescer a necessidade de aperfeiçoamento e disseminação de instrumentos e técnicas que avaliem o impacto das ações do sistema de saúde sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e propiciando a permanente seleção de prioridades de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003b).

A função primordial da informação em saúde é subsidiar técnicos, políticos e a sociedade para a melhor compreensão do sistema de saúde e sua relação com a situação de saúde da população. Além de explicar a realidade, pode-se ainda discriminar três outros usos da informação em saúde: avaliação das ações, controle da produção de serviços e controle social. Atualmente, o uso mais freqüente da informação é no controle da produção de serviços, na maioria das vezes restrito à contabilização dos procedimentos e cobertura das ações. Neste contexto, é necessário questionar sempre se as informações estão contribuindo de maneira eficiente para a orientação e planejamento do serviço (TAKEDA, 2004), já que a execução das ações em saúde deve ser acompanhada através de

informações sistematizadas e que possibilitem sua avaliação, qualitativa e quantitativamente.

Informação é poder quando informa aquilo que é importante para quem está de fato decidindo, quando instrumentaliza, ou escamoteia e/ou justifica as não decisões, no sentido do avanço ou manutenção dos interesses hegemônicos, em uma dada conjuntura (MORAES, 1994).

Para a ciência da administração, a informação sempre foi um ponto importante, desde a abordagem anatômica, quando Fayol (1998) definiu o ato de administrar como sendo: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar. Este implica no ato de verificar que tudo ocorra de acordo com as regras estabelecidas e as ordens dadas. O conceito de informação aparece de forma implícita, pois o ato de verificar significa comparar as informações do que ocorreu com as informações do que foi estabelecido. Nos estudos de Laudon e Laudon (1996 apud NICÁCIO, 2002) também se conclui que a informação é a sexta função do gestor, sendo condição essencial não apenas para o controle, mas para outras funções administrativas como tomada de decisão, planejamento, etc.

a informação em saúde deve ser trabalhada no sentido de reforçar os direitos humanos, de contribuir para a eliminação da miséria e das desigualdades sociais e ao mesmo tempo subsidiar o processo decisório na área da saúde, em prol de uma atenção com efetividade, qualidade e respeito à singularidade de cada indivíduo e ao contexto de cada população (MORAES, 2002).

Nesse amplo processo de mudanças e redefinições do papel do gestor municipal de saúde, a área da informação e da informática têm importantes contribuições, principalmente no que se refere ao planejamento, à formulação, ao acompanhamento, à avaliação e à regulação do sistema de saúde, assim como no fortalecimento do controle social. Essa área já vem se constituindo há várias décadas, tendo uma boa tradição no tratamento dos dados, uma significativa quantidade de bancos de dados demográficos, epidemiológicos e de prestação de serviços e diversas agências de informação tanto no nível federal, quanto no estadual e municipal (FERLA; FAGUNDES, 2002).

Mas se, por um lado, uma enorme quantidade de dados e mesmo informações são produzidas cotidianamente no país para os mais diversos fins, tais como sobre vigilância em saúde, estatísticas vitais, produção, cobertura assistencial, capacidade instalada dos serviços e financiamento público de saúde, podendo contribuir significativamente para a qualificação do sistema de saúde,

por outro lado, estas áreas estratégicas necessitam de desenvolvimento mais rápido para fortalecer o processo de qualificação do sistema de saúde.

Ainda se fazem necessários avanços na área de informação e informática em saúde, planejamento, acompanhamento, controle e avaliação, com a produção de tecnologias de gestão compatíveis com a racionalidade que fundamenta o SUS. Ainda hoje essas áreas se mantêm atreladas às características do modelo técnico-assistencial que antecedeu ao SUS, ou espelhadas em tecnologias internacionais utilizadas com graus variados de sucesso em seus próprios contextos, na maioria das vezes muito diversos da realidade brasileira, tanto em seus aspectos de diversidade histórica, social, política, demográfica e sanitária, quanto na própria configuração do sistema de saúde definido legalmente (FERLA; FAGUNDES, 2002).

O processo decisório guarda ainda, na área da saúde, fortes características de uma ação casuística, clientelista e mercantilista. Conseqüentemente, os estoques de informações em saúde nem sempre vêm sendo utilizados para subsidiar as decisões tomadas no âmbito das instituições de saúde. Deste modo, o sistema defronta-se com a bizarra situação de um *continuum* de produção de informações que não são utilizadas no cotidiano dos gestores de saúde brasileiros (MORAES, 2002). As áreas que coordenam as ações assistenciais finais pouco utilizam, de modo rotineiro, os dados oriundos dos Sistemas de Informação em Saúde para definir ou redefinir suas ações.

Cabe lembrar que o uso restrito das informações na definição de prioridades, na avaliação e no controle do sistema de saúde (MORAES, 1994; MOREIRA, 1995 apud FERLA; FAGUNDES, 2002), quaisquer que sejam as causas mais relevantes para cada caso, produz um grave atenuamento na função de gestão das Secretarias de Saúde. Adicionalmente à fragmentação e à qualidade insuficiente das bases de dados, também contribuiu para a cultura restrita do uso sistemático de informações uma certa tradição na área da informação e informática em saúde de substituir a discussão das necessidades da gestão nessa área às possibilidades das novas tecnologias desenvolvidas, progressivamente mais sofisticadas. Colocada nesse contexto, a área da informação e informática em saúde muitas vezes torna a gestão refém de seus

conhecimentos, ao contrário de fortalecê-la com produtos e serviços acessíveis e com qualidade.

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto muito complexo de relações institucionais, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. Estão envolvidas estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - órgão coordenador do sistema brasileiro de geografia e estatística, outros setores da administração pública que produzem dados e informações de interesse para a saúde, instituições de ensino e pesquisa, associações técnico-científicas e as que congregam categorias profissionais ou funcionais e organizações não governamentais (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

A maioria das instâncias produtoras de informações ainda pratica

[...] o modelo tradicional de disseminação, cujas características são: subutilização das bases de dados existentes, atendimento lento, seletivo, pontual, reativo e não-democrático. A organização das bases de dados dificilmente leva em conta a diversidade de demandas oriundas da sociedade, não passando de um simples armazenamento de dados (MORAES, 2002).

A produção e disseminação de informações em saúde vem se processando em um contexto fragmentado e fragmentador, com vários setores/órgãos/instituições gerindo a informação de modo desarticulado. O grande desafio é avançar no sentido da intersetorialidade, superando a fragmentação das informações (MORAES, 1994).

Neste sentido, várias iniciativas têm combinado esforços visando contribuir para a minimização desta desarticulação. Destaca-se aqui, além da criação do Comitê de Informação e Informática em Saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, a criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), formalizada pela portaria n. 2.390/GM, de 11 de dezembro de 1996 e por acordo de cooperação com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A RIPSA é da responsabilidade da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, conforme a portaria GM/MS n. 1.919, de 22 de outubro de 2002, e tem os

seguintes objetivos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a):

- a) estabelecer conjuntos de dados básicos e indicadores;
- b) articular instituições que contribuem para o fornecimento e crítica de dados e indicadores;
- c) implementar mecanismos de apoio ao aperfeiçoamento da produção de dados;
- d) promover consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados;
- e) promover intercâmbio com outros subsistemas da administração pública;
- f) contribuir para o estudo de aspectos ainda pouco explorados ou de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro.

Em relação aos indicadores estabelecidos, de maneira geral estão disponíveis dados desagregados por unidade geográfica (grandes regiões, estados, Distrito Federal, regiões metropolitanas e, desde 2001, municípios das capitais), distribuição etária, distribuição por sexo e situação do domicílio (urbana ou rural). A situação de escolaridade, quando disponível, é utilizada como *proxy* de condição social (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE , 2002).

Se a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e programação de ações de saúde, torna-se necessário o desenvolvimento de indicadores de saúde, a fim de facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. 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 e servir para a vigilância das condições de saúde de uma população (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE , 2002).

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco, etc.) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados, etc.). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua *validade* (capacidade de medir o que se pretende) e *confiabilidade* (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares).

Em geral, a validade de um indicador é determinada pelas características de:

- *sensibilidade* (medir as alterações desse fenômeno) e
- *especificidade* (medir somente o fenômeno analisado).

Outros atributos de qualidade de um indicador são:

- *mensurabilidade* (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir);
- *relevância* (responder a prioridades de saúde);
- *custo-efetividade* (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos).

O formato de um indicador, por outro lado, depende de sua intenção de uso, já que este pode ter várias aplicações, como comparar a saúde de uma população com a de outra, monitorar as alterações na saúde de uma dada população, identificar e quantificar inequidades na saúde global de uma dada população, medir o impacto de desfechos de saúde não fatais, fornecer elementos para estabelecimento de prioridades no planejamento das ações em saúde e para pesquisas em saúde ou analisar o impacto de ações de saúde em medidas de custo-efetividade, por exemplo. Tanto a construção quanto a aplicação de indicadores de saúde envolvem escolhas e julgamento de valores (MURRAY et al., 2002). O Relatório do Grupo de Trabalho sobre Informação em Saúde da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (1986), traz um questionamento interessante a este respeito (MORAES, 1994):

[...] a questão central do Sistema de Informação: os indicadores "escolhidos" tendem a refletir a própria concepção de saúde que norteia o Sistema. Ou seja, escolher este ou aquele indicador, quantificar esta ou aquela variável pressupõe, antes de se constituir uma questão

estatística ou epidemiológica, a explicitação da concepção, dos objetivos e metas a serem atingidos [...] pela Política de Saúde “real”.

A seleção do conjunto básico de indicadores – e de seus níveis de desagregação – pode variar em função da disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região ou país. A manutenção desse conjunto depende também da simplicidade dos instrumentos e métodos utilizados, de modo a facilitar a operação regular dos sistemas de informação. Também é necessário monitorar a qualidade dos indicadores, para manter a confiança dos usuários na informação produzida. O mesmo com relação à política de disseminação da informação, para assegurar a oportunidade e freqüência da compilação dos dados (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Se forem gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde constituem ferramenta fundamental para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis. São insumos para o estabelecimento de políticas e prioridades melhor ajustadas às necessidades de saúde da população. Além de prover matéria-prima essencial para a análise de saúde, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde e promover o desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados. Além disso, é desejável que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Embora ainda persista o desafio de melhor aproveitamento dessas informações pelas instâncias gestoras do sistema de saúde, a disponibilidade desses dados tem motivado sua crescente utilização nas instituições de ensino de saúde pública. Observa-se que a expansão do acesso aos dados não tem correspondido ao desenvolvimento qualitativo dos sistemas de informação, e que faltam análises orientadas para a gestão de políticas públicas de saúde. Também se observa a necessidade de melhorar a articulação das instituições atuantes na área de informações e de utilizar, de forma mais efetiva, a considerável massa crítica nacional de profissionais capacitados. O contexto referido aplica-se a

muitos países em desenvolvimento do continente americano, o que motivou a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a instituir, em 1995, a Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde. A OPAS tem como uma de suas funções primordiais difundir informações sobre a situação de saúde e suas tendências (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Nas últimas décadas, importantes sistemas nacionais de informação foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, com notáveis avanços na disseminação eletrônica de dados sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atendimentos hospitalares e ambulatoriais, atenção básica e orçamentos públicos em saúde, entre outros. Porém, todos esses bancos de dados e sistemas são ainda insuficientes para a análise das necessidades de saúde da população.

Observa-se ainda a ausência de informações sobre a incidência e/ou prevalência de agravos importantes no perfil epidemiológico da população, devido a falhas na cobertura dos sistemas de informação hoje existentes e mesmo por decorrência desses estarem restritos a alguns aspectos do sistema de saúde, permitindo apenas visões parciais e fragmentárias. A insuficiência de informações ocorre também devido à falta de tecnologias que permitam a articulação de diferentes bases de dados para obtenção de informações contidas nas mesmas, bem como pela precariedade de estratégias de compartilhamento entre os gestores da gestão da política de informação e informática em saúde (FERLA; FAGUNDES, 2002).

Outra questão relevante é que as informações disponíveis normalmente não são de fácil acesso aos gestores locais, e sua utilização é dificultada pela complexidade das tecnologias ou por incompatibilidades conceituais ou geográficas das diferentes bases de dados. Por vezes, há também desconhecimento do potencial de uso da informação como ferramenta para a gestão descentralizada (FERLA; FAGUNDES, 2002).

Além disso, no atual estágio de organização dos serviços públicos de saúde, a tarefa de medir níveis de saúde, tendo como base a menor base da vizinhança urbana, o bairro ou a comunidade, tem sido preterida em favor da mensuração de níveis de saúde em espaços urbanos maiores: a cidade, para o caso dos grandes centros urbanos, ou a região ou o Estado, para o caso de municípios menores (CAPUCCI, 1999).

Neste contexto, ainda é muito tênue a utilização de sistemas de informação integrada no processo de organização das ações e serviços de saúde, muitas vezes sendo estes concebidos burocraticamente como processo de trabalho isolado e necessário apenas para cumprir as atribuições delegadas pelos níveis estadual e federal do SUS, principalmente quando esse trabalho é realizado por estruturas específicas e descoladas do planejamento e da avaliação da atenção à saúde (FERLA; FAGUNDES, 2002).

O impacto desta situação foi ressaltado por Salinas (1987 apud Moraes, 1994): “o resultado é que na América Latina fluem tremendas quantidades de informações, que vão a lugar nenhum e que vêm de fontes que não importam a ninguém”.

Além disso, quando utilizados, os instrumentos mais comumente implicados nessa tarefa têm sido relacionados a indicadores que refletem mais os aspectos quantitativos relacionados à produção de serviços do que os aspectos qualitativos relacionados às condições de vida e trabalho da população considerada (CAPUCCI, 1999).

No caso específico dos sistemas locais de saúde, o gerenciamento têm sido feito tomando em consideração os aspectos quantitativos da produção geral/local de serviços, como por exemplo, o número de consultas médicas realizadas no sistema ou em uma unidade de assistência à saúde, ou o número de indivíduos imunizados em uma campanha nacional de vacinação contra agentes mórbidos específicos. Mesmo os indicadores de morbi-mortalidade mais amplos, com numerador determinado por diferentes critérios de idade, gênero, área de residência, entre outros, parecem não estar sendo usados em toda sua potencialidade no planejamento de ações no nível local dos sistemas públicos de saúde (CAPUCCI, 1999).

Em 1996, durante a 10. Conferência Nacional de Saúde, uma Mesa Complementar recuperou as formulações prévias de fóruns sobre informação em saúde e definiu diretrizes para a confecção de uma política para a área, dentre as quais destacam-se (FERLA; FAGUNDES, 2002):

1. informação, que é um direito de todos e constitui-se num dos alicerces de uma sociedade democrática e igualitária, é um elemento essencial da vida contemporânea;
2. a produção e a disseminação de informações públicas são deveres indelegáveis do Estado;
3. a política pública de informação e a sua execução devem orientar-se pelas necessidades e demandas originárias de amplo espectro de usuários: sociedade civil, incluída a comunidade acadêmica e científica, o controle social e as agências governamentais dos diferentes níveis;
4. a coleta e a difusão de informações devem preservar a privacidade, a individualidade e a confidencialidade, sendo que a coleta deve ser acompanhada da explicitação de objetivos, formas de utilização e benefícios esperados;
5. a qualidade, a confiabilidade e a atualidade constituem requisitos da informação pública democrática, cabendo aos órgãos produtores assegurarem esses requisitos;
6. a democratização do acesso à informação impõe sua disseminação ampla e com apresentação adequada aos usuários potenciais e aos meios de que dispõem, devendo ser explicitadas as metodologias utilizadas no seu processo de tratamento;
7. a política nacional de produção e disseminação de informações públicas exige estreita cooperação dos vários órgãos responsáveis, nos diferentes níveis de governo, áreas setoriais e escalas de intervenção;
8. a política nacional de produção e disseminação de informações deve contemplar a permanente atualização científica e tecnológica dos procedimentos de produção e disseminação, bem como a qualificação de recursos humanos e adequação de equipamentos das agências executoras;
9. a política nacional de produção e disseminação de informações deve priorizar a integração entre as diversas bases de dados sociais, econômicos, epidemiológicos, que já estão disponíveis e agregam significativas séries históricas de dados.

Segundo Moraes (1994), uma questão relevante que se impõe é: quem detém o controle da *Gestão da Informação*? O especialista de informática ou o “usuário”? O especialista define regras, metodologias, mecanismos e procedimentos que constroem a disciplina, em um processo entre seus próprios pares. O usuário delega ao especialista a compreensão específica deste instrumento tecnológico e aceita dele a garantia técnica. O problema que se apresenta é saber até que ponto vai essa *delegação*, principalmente quando o objeto a ser manipulado (processado) são os *dados*: os elementos dos quais os indivíduos retiram as informações que constituem a base de suas decisões. Muitas vezes essa manipulação significa mudar o modo de memorizar os dados, de armazená-los, de recuperá-los, de tratá-los, etc.

Observa-se que os especialistas de informática tornaram-se os intermediários entre a máquina e os usuários, muitas vezes afastando-os da solução do problema e, definitivamente, da gestão de seu próprio trabalho. Os especialistas da informática se apossam do controle (gestão) da informação, mas, na maioria das vezes, não são capazes de compreender o mérito e de avaliar corretamente os dados que geram. Todavia controlam os arquivos e as elaborações das “saídas”, e com isso passam a controlar o *timing* de muitas decisões.

Graças ao elevado sucesso da “teoria da informação”, vive-se em um tempo em que a tecnologia das informações (Network, Redes de Comunicação, etc.), tem avançado a uma velocidade cega; mas aquilo que os profissionais de saúde devem dizer uns aos outros, amparados na tecnologia da informação, não mostra desenvolvimento comparável (MORAES, 1994).

[...]É neste sentido que se coloca a necessidade de uma nova Política de Informações em Saúde. A existente, fragmentadora da realidade, centralizadora dos Sistemas, pouco compatibilizada com o processo decisório, com paralelismo de ações, e demais aspectos discutidos, está falida, uma vez que não atende mais às necessidades impostas pela sociedade brasileira. As divergências se explicitam no momento de definição de estratégias para a implementação de propostas de mudanças (MORAES, 1994).

Da mesma forma, a diretriz constitucional de controle social faz com que seja necessária uma nova lógica para organizar estes sistemas, não mais considerando como critério único, sequer prioritário, as necessidades administrativas e gerenciais das instituições federais, mas principalmente como o

desafio de instituir uma nova cultura em saúde e, mais ainda, como uma contribuição essencial para a democratização da sociedade (FERLA; FAGUNDES, 2002).

2.3 OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A Lei Federal n. 8080/90 define como objetivos e atribuições do SUS a identificação e disseminação de fatores condicionantes e determinantes da saúde, a capacidade instalada dos serviços e o direito dos cidadãos no acesso às informações de saúde. Além dessas disposições gerais, a mesma Lei estabelece, em seu Artigo 15., que é atribuição comum da União, dos Estados e dos Municípios a *organização e coordenação do sistema de informações em saúde* (Inciso IV) (FERLA; FAGUNDES, 2002).

Segundo o Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Europa, Sistema de Informação em Saúde (SIS) é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informações necessárias para se organizar e operar os serviços de saúde e, também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle de doenças (MORAES, 1994). Trata-se, portanto, de importante ferramenta de apoio ao processo decisório, facilitando e qualificando a gestão em saúde.

As operações básicas inerentes ao Sistema de Informação em Saúde, conforme Maletta e Brandão (1985 apud MORAES, 1994), são as seguintes:

- a) formulação de indicadores;
- b) coleta de dados;
- c) processamento de dados;
- d) produção de informação.

Vários SIS estão disponíveis hoje no Brasil, gerando indicadores que têm como função auxiliar gestores e prestadores de serviços a medir o impacto de suas ações e planejar os serviços a serem oferecidos à população. Porém, estes sistemas demandam recursos humanos e técnicos adequados à coleta e

organização dos dados, bem como para a análise dos mesmos, a fim de que possam gerar informações que sejam de fato instrumentos de apoio à gestão. A existência de um sistema de informação eficiente propicia a avaliação permanente das ações empreendidas, permitindo modular as formas de intervenção (TAKEDA, 2004).

“O sistema de informação deveria ser a ‘menina dos olhos’ do gerenciamento do setor saúde, de modo que garantisse um planejamento e monitoramento das ações de acordo com as necessidades.” (ANJOS, 1996). Porém, mesmo considerando os esforços que vêm sendo feitos nos últimos anos no sentido de otimizar utilização dos SIS, esta situação ainda está longe do ideal. Apesar do acúmulo de *dados* disponíveis no Brasil (só a Dataprev processou 130.000.000 de documentos em 1989), enfrentamos um baixo percentual de utilização para apoio à decisão, carência de *informações* que dêem conta da complexa situação de saúde do País e carência de propostas na área dos SIS que contribuam para um salto qualitativo na mudança necessária do paradigma hegemônico (MORAES, 1994).

A análise da situação dos SIS envolve, de acordo com Moraes (1994), os seguintes pressupostos:

1. hoje em dia, há um acúmulo de dados e uma diversidade de acepções da palavra “informação”, que se encontra a serviço de instrumentos ideológicos, políticos e econômicos que permeiam e determinam um certo “culto à informação”;
2. o processo decisório governamental é fragmentador da realidade. Tal dinâmica tem relação com características estruturais do Estado brasileiro, que responde às crises e problemas colocados pela sociedade de forma atomizadora, tópica e reativa. A estruturação do “Setor Saúde” reflete esta tendência, e os SIS estão organizados sob esta mesma lógica;
3. a fragmentação e pulverização dos SIS no país espelha e aprofunda a tradicional dicotomia entre medicina previdenciária e saúde pública no atual Sistema de Saúde;
4. o processo de geração de informações não vem sendo efetivamente utilizado pelo processo decisório das instituições em saúde. Observa-

se um acúmulo de *dados*, mas com pouca transformação em *informação* que subsidie a tomada de decisão;

5. a informação em saúde vem representando um espaço estratégico de luta, principalmente quando entendida como um instrumento interdisciplinar voltado para a ampliação da consciência sanitária dos profissionais de saúde e da população;
6. os limites da atual configuração dos SIS existentes atrasam as tentativas de avanço que tenham como princípio uma ampliação de sua abrangência às informações geradas por outras instituições da área social.

Ainda segundo Moraes (1994), os principais desafios dos SIS hoje, identificados como “nós críticos”, são reflexo da própria origem dos SIS, que surgiram como dois blocos principais, com lógicas diferentes:

1. o MPAS/INAMPS¹ estruturou seus sistemas de informações norteados pela lógica contábil, quantitativa e centralizadora, elegendo como evento básico de interesse o procedimento médico. Organiza a partir daí suas informações, de forma centralizada, por tipos de prestador (classificação de fato definida em função do contrato/convênio estabelecido com quem oferece a assistência médica) e por dados financeiros (conforme as tabelas de pagamentos e índices que variam em função do tipo de prestador, ou seja, das condições de pressão deste ou daquele setor envolvido no complexo médico-previdenciário);
2. o Ministério da Saúde organizou seus sistemas de informações movido por uma racionalidade campanhista, criadora de “Programas” verticalizados, voltados para determinados agravos ou grupos de risco. Assim, cada área, isoladamente, define “seu próprio” sistema de informações centralizado que, deste modo, acabou por imprimir sua “marca” nos SIS das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Observa-se ainda que a evolução das práticas de saúde em nosso país tem se orientado pela racionalidade fragmentadora da realidade que caracteriza o

¹ Ministério da Previdência e Assistência Social/Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

modo como o Estado brasileiro responde às demandas e crises colocadas pela sociedade.

Compartimentalizam-se os problemas sociais por várias instituições estanques, departamentaliza-se a produção do conhecimento nas universidades e delimitam-se os espaços reivindicatórios. A fragmentação dos Sistemas de Informação em Saúde é também expressão desta lógica (MORAES, 1994).

[...] não é por acaso ou por mera incompetência técnica que os SIS são aparentemente desordenados. Sua concepção e modelamento respondem a uma certa visão da Política Social e de Saúde no País que tende a escamotear as contradições, as desigualdades sociais, privilegiando os interesses condensados em cada “feudo” técnico, em sua própria e específica atuação. (MORAES, 1994)

A aparente desorganização entre diferentes bases de dados existentes, que uma análise simplista poderia apontar, reflete na prática a lógica norteadora da dinâmica de funcionamento do Estado e de como se dá o processo decisório.

Os SIS são historicamente estruturados de forma centralizada, a partir do nível estadual, de forma que, dentre os locais que os originam, em apenas 10,7% dos SIS a rede federal está presente, o que demonstra que os demais níveis (municipal e estadual) são de fato os coletadores e repassadores da maioria dos dados para o nível federal. Os hospitais, instâncias regionais e as unidades assistenciais ambulatoriais são os grandes fornecedores de dados.

A atividade mais exercida tanto na origem da coleta quanto em níveis intermediários é, por conseguinte, o “*envio para níveis de agregações geográficas mais abrangentes*”. “*Arquiva-se*” mais na origem da coleta e no local intermediário, por exemplo, nos Centros Regionais de Saúde. E as atividades de *consolidação* se dão basicamente nas instâncias regionais e finais. Assim, afirma-se que os SIS no Brasil atingem um grau de centralismo que prejudica, de modo direto, a própria qualidade e fidedignidade dos dados. Como se a preocupação dos gestores em saúde, em especial dos gestores de SIS, se resumisse na “*obtenção do dado*”(MORAES, 1994).

Do conjunto dos principais problemas do campo da informação e informática em saúde do SUS é consenso a premência pela definição de estratégias que superem o histórico quadro de fragmentação e paralelismo das ações existentes envolvendo os inúmeros SIS em funcionamento no SUS. A integração e maior articulação entre os SIS são condições indispensáveis para

um salto de qualidade na gestão do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Conseguir pôr em prática os princípios da regionalização e hierarquização dos serviços e da integralidade das ações de saúde pressupõe a utilização de instrumentos de gestão que incorporem a perspectiva da integração, da articulação e da intersectorialidade. É neste sentido que passa a ser pré-condição os SIS adotarem, em sua política de gestão e concepção, essa racionalidade integradora, sem a qual os gestores de saúde não irão dispor de mecanismos para implementar processos integrados de trabalho. Cabe esclarecer que está em curso um amadurecimento em torno de um entendimento mais claro sobre o conceito da gestão destes sistemas, qual seja: os sistemas de informação do SUS são nacionais e não federais. A responsabilidade pela base nacional está a cargo da esfera federal, no caso o Ministério da Saúde, a responsabilidade pela manutenção da base estadual é da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e da base municipal é da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ou seja, há uma responsabilidade tripartite (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Vale insistir, portanto, que os limites da atual organização dos SIS atrasam as tentativas de avanço que tenham como princípio a ampliação da consciência sanitária da população e dos profissionais de saúde. Por conseguinte, emperram a utilização de diversas fontes de dados para a geração de indicadores epidemiológicos que contribuam para este princípio (MORAES, 1994).

No Rio Grande do Sul, merecem destaques iniciativas que têm por objetivo superar estas questões. Fez parte do plano de gestão da Secretaria da Saúde do Estado para o ano de 2002 a “descentralização dos Sistemas de Informação em Saúde”, conforme descrito:

O conjunto dos sistemas nacionais de informação deverá ser descentralizado progressivamente, na medida em que os órgãos gestores municipais estejam dotados de infra-estrutura de máquinas e de pessoal para a sua operação. Esse processo, no Estado, tem acontecido de forma acelerada, sendo que todos os municípios já estão municipalizados em alguma forma de gestão e já operam o SIA e SIAB, a grande maioria já opera o SINASC e o SINAN, e os municípios em gestão plena já operam o SIH. A implantação da Rede Gaúcha de Informações em Saúde (RGIS) permitirá a integração de bancos de dados e informações dos diferentes Sistemas, instrumento fundamental no processo de gestão.

Entre os inúmeros sistemas de informação em saúde existentes, enfocamos neste estudo aqueles desenvolvidos no âmbito do Ministério da Saúde, principalmente os que têm caráter universal e abrangência nacional, o que implica a obrigatoriedade de sua atualização por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Os principais SIS utilizados atualmente são citados a seguir.

Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

O SIM é o mais antigo sistema de informação em saúde em funcionamento no País, tendo sido instituído pelo Ministério da Saúde em 1975, e dispondo de dados consolidados a partir de 1979. Sua implementação é realizada com apoio do Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), com sede na Faculdade de Saúde Pública da USP, referência nacional para informações sobre mortalidade. O registro da causa de morte baseia-se na Classificação Internacional de Doenças (CID), estando implantada, desde 1996, a 10. Revisão (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

O documento básico é a Declaração de Óbito (DO), padronizada nacionalmente e distribuída pelo Ministério da Saúde, em três vias. Esse documento é indispensável para o fornecimento da certidão de óbito em cartório de registro civil e para o sepultamento. As DO substituíram os atestados de óbito, que agora fazem parte deste documento, e são coletadas pelas secretarias estaduais ou municipais de saúde, em estabelecimentos de saúde e cartórios, sendo então codificadas e transcritas para um sistema informatizado (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002). O SIM trata, anualmente, algo em torno de 938.658.102 óbitos no país (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Em nível estadual, as secretarias estaduais de saúde (SES) precisam zelar pelo padrão de qualidade do SIM, englobando o fluxo, preenchimento, cobertura e agilidade em todo o processo. A obrigatoriedade na manutenção da integridade deste sistema de informação está oficializada pela portaria Funasa/MS n. 474, de 31 de agosto de 2000, que prevê, em seu artigo 17., penalidades para a falta de alimentação de dados do SIM, por mais de 60 dias, que: “ensejará a suspensão das transferências dos recursos do piso de Atenção Básica e o cancelamento da

certificação para gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças e conseqüente suspensão do repasse de recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças”. As responsabilidades das SES se concentram em (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a):

- garantir um intensivo processo de capacitação das equipes de codificadores da causa básica do óbito das SMS. A seleção da causa básica é um procedimento cuidadoso, que segue regras internacionalmente recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS);
- a função de “fechamento” da base estadual de informações representa outra atribuição fundamental das SES. Onde os municípios gerenciam o SIM, as declarações de óbito deve ser registradas pelo município de ocorrência do evento. Em áreas de grande mobilidade social, como as regiões metropolitanas, é comum a ocorrência de óbito fora do município de residência. Neste caso, a SES gerencia um esquema de redistribuição de uma via da Declaração de Óbito para o município de residência do indivíduo cujo óbito foi registrado, garantindo a real distribuição espacial da situação de mortalidade no Estado e seu conhecimento pelas SMS;
- garantir uma alta cobertura do SIM em seu Estado. Em média, estima-se em 20% o sub-registro de óbitos no Brasil, chegando a 40% nas regiões Norte e Nordeste. O sub-registro é reconhecidamente mais elevado nos grupos etários de menores de um ano e de maiores de 65 anos. Aproximadamente 15% das declarações de óbito computadas no SIM não têm a causa básica definida, por insuficiência das informações registradas (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002). A RIPSa vem mantendo o monitoramento da cobertura e regularidade do SIM como base para a decisão de sua utilização para a construção dos Indicadores e Dados Básicos de Saúde (IDB), publicação que divulga, nacional e internacionalmente, a situação sanitária brasileira. Este monitoramento revela desigualdades entre

as Unidades Federadas quanto à cobertura e regularidade, apontando a necessidade de empenho na qualificação dos Sistemas de Informação.

Atualmente, boa parte dos municípios brasileiros gerencia localmente os dados do SIM, porém, conforme a Unidade Federada, há variações nos procedimentos operacionais, principalmente em decorrência do estágio de descentralização do SIM para os municípios (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Este sistema vem demonstrando nítidos avanços, seja no que se refere à ampliação da cobertura, seja na divulgação dos dados. A oportunidade de examinar as informações de óbitos e nascimentos em todos os municípios brasileiros, abriu novas possibilidades para examinar a qualidade da informação e identificar irregularidades locais, passíveis de melhora com o tempo (SZWARCOWALD et al., 2001).

O Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi/Funasa) consolida os dados e os disponibiliza para o Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A base de dados têm sido divulgada em CD-ROM e na Internet http://www.funasa.gov.br/sis/sis01_SIM.htm OU <http://www.DATASUS.gov.br/catalogo/SIM.htm>.

As SES, ao consolidar a base estadual, devem procurar disseminá-la por todos os meios possíveis. Algumas SES se adiantam ao Ministério da Saúde, que precisa aguardar o envio dos dados de todas as secretarias estaduais para proceder o “fechamento” da base nacional.

No Rio Grande do Sul, o SIM foi implantado já em 1970, tendo como principais objetivos servir de base para indicadores de saúde e quantificar e qualificar as causas de morte. Os municípios realizam busca ativa de atestados de óbitos, e repassam os dados às coordenadorias regionais, que os repassam à SES através de papéis ou disquetes, mensalmente.

O processamento dos dados é feito pela SES através de uma equipe de suporte, responsável pela digitação dos dados das Coordenadorias ainda centralizadas e pela triagem (verificação de confiabilidade do preenchimento do documento, através de comparação de campos), além da codificação das causas de morte nas coordenadorias com sistema centralizado. Há a recomendação de

que a triagem e a confirmação de dados devam ser feitas em todos os níveis pelos quais os dados passam (desde o município).

Os resultados são repassados trimestralmente ao Ministério da Saúde, e são divulgados no Estado através de relatórios e publicações anuais, enviados a vários setores e departamentos estaduais, aos municípios do Estado, e bibliotecas de todo o país. Há também a disponibilização dos dados para uso pelos municípios, por departamentos, bases de pesquisa, entre outros.

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

O SINASC foi concebido à semelhança do SIM e implantado gradualmente pelo Ministério da Saúde, a partir de 1990. O documento básico é a Declaração de Nascido Vivo (DN), distribuído nacionalmente, em três vias. A DN, de emissão de competência exclusiva do Ministério da Saúde, deve ser preenchida para todos os nascidos vivos no País. Para os partos realizados em hospitais e outras instituições de saúde, a primeira via da DN deve ser preenchida e enviada à secretaria de saúde correspondente. No caso de partos domiciliares, essa comunicação compete aos cartórios do registro civil (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

A cobertura atual do SINASC é estimada em 93% do total de nascidos vivos no País, e supera amplamente a de nascimentos registrados em cartório. Nas regiões Norte e Nordeste, a cobertura média é de 75%. A cobertura estimada do SINASC foi de 75,8% (IC95%; 73,3%-78,2%) em hospitais do Maranhão (DA SILVA, 2001).

O SINASC propicia um aporte significativo de dados sobre a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer, com suas características mais importantes, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer entre outras. Estes dados são de grande importância para análise epidemiológica, estatística, demográfica e para a definição de prioridades da Política Estadual de Saúde. Da mesma forma que no SIM, as informações são consolidadas pelas SES, que as enviam em meio eletrônico ao Centro Nacional

de Epidemiologia (Cenepi) da Funasa para o “fechamento” da base nacional (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Tanto o SIM como o SINASC oferecem subsídios para o conhecimento das condições de saúde materno-infantis e possibilitam o planejamento de políticas que assegurem uma melhor atenção à gestação, ao parto e ao recém-nascido. (TAKEDA, 2004). Portanto, cuidar da qualidade de suas informações passa a ser estratégico para o gestor de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a). Além disso, o aumento da cobertura destes dois sistemas tem permitido a estimativa direta da mortalidade infantil em várias regiões do país, com dados mais fidedignos do que os apresentados pela estimativa indireta do IBGE (SZWARCOWALD et al., 2001).

Além da dimensão citada, a não regularidade no envio das informações do SINASC também está sujeita a penalidades, conforme regulamentado pela portaria Funasa/MS n. 475, de 31 de agosto de 2000, que prevê, em seu artigo 16. que “a falta de alimentação de dados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, por mais de 60 dias, ensejará a suspensão das transferências dos recursos do piso de Atenção Básica e o cancelamento da certificação para gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças e conseqüente suspensão do repasse dos recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças ” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Da mesma forma que no SIM, as informações são consolidadas pelas secretarias estaduais de saúde, que as enviam em meio eletrônico ao Cenepi/Funasa. A base de dados do sistema é disponível em CD-ROM e na Internet (http://www.funasa.gov.br/sis/sis02_SINASC.htm ou <http://www.DATASUS.gov.br/catalogo/SINASC.htm>) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Este sistema foi implantado no Rio Grande do Sul em 1992, inicialmente com objetivos quantitativos, e atualmente com o objetivo de qualificar as condições de nascimento no Estado.

Os municípios passam os dados às Coordenadorias Regionais (16 das 19 estão com o sistema descentralizado), e estas os repassam à Secretaria da Saúde (disquete pelas descentralizadas, papéis pelas demais), mensalmente.

O processamento é realizado pela Secretaria da Saúde do Estado através de uma equipe de suporte, responsável pela digitação dos dados das Coordenadorias ainda centralizadas e pela triagem (verificação de confiabilidade do preenchimento do documento, através de comparação de campos), e os resultados são repassados trimestralmente ao Ministério da Saúde. Além disso, relatórios e publicações anuais são enviados a vários setores e departamentos estaduais, aos municípios do Estado e bibliotecas de todo o país. Também há disponibilização dos dados para uso pelos municípios, departamentos e bases de pesquisa, entre outros.

São enviados anualmente relatórios preliminares anuais às Coordenadorias e aos municípios, além do envio do relatório e publicação oficiais.

Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)

Criado como Sistema de Notificação Compulsória de Doenças, em 1975, pela lei que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, o SINAN teve instrumentos, fluxos e *software*, bem como as estratégias para imediata implantação em todo o território nacional, redefinidos pelo Cenepi, em 1998. Registra atualmente, e de maneira mais estruturada desde 1995, dados sobre doenças de notificação compulsória, coletados pelos gestores municipais e estaduais e posteriormente enviados ao gestor federal. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Tem o objetivo de coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo sistema de vigilância epidemiológica nas três esferas de governo, a fim de apoiar processos de investigação e de análise das informações sobre as doenças de notificação compulsória. Concebido como sistema modular e informatizado desde o nível local, pode ser operado a partir das unidades de saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

É alimentado a partir de dois documentos básicos, que complementam entre si as informações sobre cada caso notificado. O primeiro é a Ficha Individual de Notificação (FIN), encaminhada pelas unidades assistenciais a partir da suspeita clínica da ocorrência de algum agravo. Segue-se a Ficha Individual de Investigação (FII), que contém campos específicos de orientação para o investigador do caso. As secretarias estaduais ou municipais de saúde são

responsáveis pela impressão, numeração e distribuição dos formulários (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002). O sistema informatizado está implantado em 3.804 municípios. Todos os demais municípios brasileiros utilizam, porém, os instrumentos padronizados de coleta, sendo os dados processados no primeiro nível hierárquico superior que estiver informatizado (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

O SINAN destina-se, em primeira instância, ao serviço local de saúde incumbido de controlar a ocorrência. Quando reunidas de forma sistematizada, as notificações passam a compor sistemas de informações próprios, que possibilitam o acompanhamento, mais amplo, das características do fenômeno estudado, quanto à sua distribuição e tendências (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Porém, este sistema de informações ainda apresenta problemas sérios em sua gestão. Devido à autonomia de cada nível gestor para acrescentar doenças relevantes na sua área de abrangência de acordo com as suas particularidades, ocorre uma variação importante na cobertura e na qualidade das informações. Neste sentido, é fundamental uma especial atenção dos gestores de saúde visando sua melhoria. A Resolução do Ministério da Saúde n. 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, definiu, em seu artigo 6., as mesmas penalidades posteriormente previstas para o SIM e o SINASC, para os gestores que atrasarem o envio das informações (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

No nível nacional, o Cenepi processa os dados que são enviados pelas secretarias estaduais de saúde, em base quinzenal (entre o 1. e o 3., e entre o 15. e o 17. dia útil de cada mês). A base nacional de dados não está disponibilizada na Internet. O Cenepi/Funasa analisa os dados em conjunto com os obtidos por outras vias, chamadas complementares e especiais, como outros sistemas de informações de base nacional (por exemplo: SIM, SINASC, SIH) e sistemas “sentinelas”, para então divulgar as informações relevantes no Boletim Epidemiológico (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi formulado em 1973, por determinação do Ministério da Saúde, com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura. A proposta básica para o Programa, constante de documento elaborado por técnicos do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças (Ministério da Saúde) e da Central de Medicamentos (CEME - Presidência da República), foi aprovada em reunião realizada em Brasília, em 18 de setembro de 1973.

Em 1975 o PNI foi institucionalizado, como resultado do somatório de fatores que convergiam para estimular e expandir a utilização de agentes imunizantes, buscando a integridade das ações de imunizações realizadas no país. O PNI passou a coordenar, assim, as atividades de imunizações desenvolvidas rotineiramente na rede de serviços, tendo traçado diretrizes pautadas na experiência da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), com a prestação de serviços integrais de saúde através de sua rede própria. A legislação específica sobre imunizações e vigilância epidemiológica (Lei 6.259 de 30-10-1975 e Decreto 78.231 de 30-12-76) deu ênfase às atividades permanentes de vacinação e contribuiu para fortalecer institucionalmente o Programa (www.saude.gov.br).

Desde 1990 o PNI é parte integrante da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), localizado na Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), que é responsável pela normatização das ações de imunizações, pela aquisição de imunobiológicos, pela sua armazenagem e distribuição em âmbito nacional através da Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos (CENADI), estendendo-se até os Estados e Municípios, preservando a qualidade dos imunobiológicos, distribuídos a cerca de 23.000 salas de vacina existentes em todo o país. Além disso, também faz parte do Programa da Organização Mundial da Saúde, com o apoio técnico, operacional e financeiro da UNICEF e contribuições do Rotary Internacional e do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (www.saude.gov.br).

O objetivo principal do Programa é oferecer todas as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem anualmente em nosso país, tentando alcançar coberturas vacinais de 100% de forma homogênea em todos os municípios e em todos os bairros.

Sua informatização foi desenvolvida pelo DATASUS, segundo especificação da CGPNI, a fim de facilitar a orientação das ações do programa nacional de imunização. Este sistema foi concebido de forma modular, onde os documentos básicos do sistema correspondem a um módulo cada e está implantado em todos os municípios brasileiros (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a), sendo formado pelo seguinte conjunto de sistemas (www.saude.gov.br):

- *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 reação adversa ocorridos 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)* - ferramenta utilizada pelos supervisores e assessores técnicos do PNI para padronização do perfil de avaliação, capaz de agilizar a tabulação de resultados. Desenvolvido para a supervisão dos estados e 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.

As principais vacinas que integram o PNI são a DPT (contra difteria, tétano e coqueluche), a dupla viral (sarampo e rubéola), a tríplice viral (sarampo, rubéola e cachumba), a BCG, contra tuberculose, a dupla adulto (difteria e tétano), e as vacinas monovalentes contra a poliomielite, o sarampo, a hepatite B, a febre amarela, o *Haemophilus influenzae* tipo B (HiB) e a influenza. São disponíveis dados de cobertura da vacina tetravalente, que resulta da aplicação combinada das vacinas DPT e HiB (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

O objetivo fundamental do SI-PNI é possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunizados aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita também o controle do estoque de imunizados necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição (www.saude.gov.br).

A base de dados é consolidada na Funasa, em âmbito nacional, com retroalimentação para os estados e municípios. Na Internet, estão disponíveis dados sobre o número de doses aplicadas, desagregados por tipo de vacina, dose recebida, faixa etária e município, além de dados de cobertura da população de menores de um ano de idade e de outras faixas etárias. (<http://www.funasa.gov.br/imu/imu00.htm> ou <http://www.DATASUS.gov.br/catalogo/pni.htm>) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

O SIA surgiu em 1987, através de convênio de Cooperação Técnica entre o Departamento de Informações em Saúde (INAMPS/MPAS) e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Foi estruturado como um sistema permanente, de bases amostrais fixas e de concepção técnica aberta, de modo a permitir ao usuário adequá-lo a suas necessidades, garantindo a descentralização ao nível de exigência de cada unidade da federação.

Para dar ao trabalho a dimensão da complexidade necessária, participaram profissionais das áreas de informação em saúde, epidemiologia e planejamento das instituições na época envolvidas no Sistema Unificado e Descentralizado de

Saúde (SUDS), firmando dessa maneira a co-responsabilidade dessas instituições no Sistema, tanto no nível municipal e estadual como no federal. Posteriormente, as mudanças na Direção Geral do INAMPS (1988) redundaram na interrupção do processo junto aos estados (MORAES, 1994). Sua regulamentação ocorreu através da Resolução do INAMPS n. 228 de 01.08.1990, definindo como uma de suas finalidades cobrir lacunas nas informações,

[...] através de um sistema ambulatorial computadorizado de fácil utilização e que propicie respostas, facilitando o gerenciamento, planejamento, controle e avaliação do Sistema Único de Saúde nas várias Unidades Federadas. Propondo-se a dotar o gestor de instrumentos rápidos e confiáveis para a organização da rede de serviços ambulatoriais [...] (BORDIGNON, 1996).

O SIA/SUS é o sistema responsável pela captação e processamento das contas ambulatoriais do SUS, que representam mais de 130 milhões de atendimentos mensais e oferece aos gestores instrumento para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e geração de informações necessárias à transferência de recursos financeiros intergovernamentais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

O documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido pelas unidades ambulatoriais. O BPA contém o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional. Os dados não são individualizados, fornecendo basicamente indicadores operacionais. Mais recentemente, o SIA/SUS passou a contar também com um subsistema para procedimentos de alta complexidade e alto custo (hemodiálise, terapia oncológica, etc.), que tem como documento básico a Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APAC). Para esses procedimentos, as informações são individualizadas e bastante detalhadas (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

As informações disponíveis são geradas a partir dos dados enviados pelas secretarias municipais em gestão plena e Secretarias Estaduais de Saúde, agregados por unidade ambulatorial. As bases de dados municipal e estadual são recebidas pelo DATASUS (conforme determina a portaria SAS/MS n. 51 de 21 de junho de 1995), que gera o banco de dados nacional. Nesta base de dados, estão

disponíveis informações de serviços prestados desde julho de 1994 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

No Rio Grande do Sul, o sistema foi implantado a partir da resolução 01/91 do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (BORDIGNON, 1996). As Coordenadorias e os municípios são responsáveis pelo repasse das informações à SES, que realiza o controle de qualidade dos dados e auditorias das informações a fim de verificar confiabilidade. Os dados são então repassados à central do DATASUS no Rio de Janeiro. No caso de municípios com gestão plena, os dados são repassados por estes diretamente ao DATASUS.

As informações estão disponíveis em CD-ROM e na Internet (www.saúde.gov.br/sas ou www.DATASUS.gov.br/catalogo/siasus.htm). Além de gerar o banco de dados, no caso de municípios e Estados não habilitados em gestão plena, o DATASUS gera as informações para os respectivos créditos bancários a serem efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde. No caso de municípios e Estados habilitados em gestão plena, a SMS ou SES gera as informações para os respectivos créditos bancários a serem efetuados pelo Fundo Municipal ou Estadual de Saúde. Os resultados do processamento final dos dados são disponibilizados também através de relatórios mensais (papel) aos municípios.

A principal limitação do SIA/SUS refere-se à não-identificação do paciente ou do atendimento, pois os dados estão agregados por unidade de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O SIH/SUS foi concebido para operar o sistema de pagamento de internação aos hospitais contratados pelo Ministério da Previdência. Contém informações que possibilitam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, mediante a captação de dados via Autorização de Internação Hospitalar (AIH) relativas ao volume de internações/mês, ocorridas no Brasil. Este sistema surgiu em 1982, elaborado pelo então Ministério da Previdência e Assistência Social, com a denominação de Sistema de Atenção Médica Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Trata-se de um dos mais antigos sistemas de informações em saúde em funcionamento no País, ao lado do SIM.

Em 1986, foi estendido aos hospitais filantrópicos; em 1987, aos universitários e de ensino. Em 1991, foi estendido também aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais (administração indireta e outros ministérios), reunindo atualmente informações sobre 60 a 70% das internações hospitalares realizadas no país (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

O documento básico é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que habilita a internação do paciente e gera valores para pagamento. A AIH é preenchida pelo estabelecimento hospitalar e enviada mensalmente, em meio magnético, ao gestor municipal e/ou estadual do SUS, conforme o nível de gestão, para processamento no nível nacional.

A abrangência do sistema está limitada às internações no âmbito do SUS, excluindo, portanto, as que são custeadas diretamente ou cobertas por seguro-saúde. Eventuais reinternações e transferências do mesmo paciente a outros hospitais também não são identificadas, o que pode resultar em contagem cumulativa. São porém bloqueadas, na apresentação, as contas relativas a pacientes homônimos, para posterior verificação e liberação pelo gestor, no mês seguinte (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

O estabelecimento hospitalar envia as informações da AIH para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais (para os demais). Essas informações são processadas pelo DATASUS, gerando os créditos referentes aos serviços prestados e formando uma valiosa base de dados. O sistema disponibiliza dados de forma sistemática, com defasagem de apenas dois meses a partir da data de internação, por meio de CD-ROM mensal e da Internet (www.saúde.gov.br/sas ou ww.dataus.gov.br/catalogo/sihsus.htm).

Vale salientar que o SIA/SUS e o SIH/SUS gerenciaram, até outubro de 2002, o movimento de R\$ 8.354.620.312,93. Este valor demonstra a importância da busca constante pela melhoria da qualidade, o que inclui a confiabilidade, destes sistemas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Ao se pesquisar a totalidade das variáveis coletadas através da AIH, percebe-se um potencial de uso mais ampliado, para além de um sistema contábil, a depender de um gerenciamento descentralizado e de sua acessibilidade, ágil e facilitada, aos gestores de saúde. Constitui-se em um Sistema Gerencial, *latu sensu*, a ser aperfeiçoado, com larga possibilidade de tratamento com base em instrumental advindo tanto da epidemiologia quanto do planejamento (MORAES, 1994). Uma vez que fornece dados individualizados sobre o diagnóstico de internação e de alta – codificados pela Classificação Internacional de Doenças (CID), os procedimentos realizados, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade e o tempo médio de permanência do paciente, além dos valores pagos e dos dados cadastrais das unidades de atendimento, o SIH/SUS possui uma abrangência de variáveis que o situa como um dos mais importantes sistemas de gerência à disposição do gestor de saúde. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) foi desenvolvido para ser um instrumento de apoio ao Programa de Agentes Comunitários (PACS) e ao Programa Saúde da Família (PSF). Por este sistema são cadastradas as famílias vinculadas aos programas e incluem dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e culturais, além dos relativos à morbidade e à mortalidade (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Os dados para o SIAB são derivados das seguintes fontes (LIMA, 2004):

- fichas para cadastramento das famílias;
- fichas para acompanhamento domiciliar de agravos e situações;
- fichas para acompanhamento da criança;
- fichas de registro de atividades, procedimentos e notificações.

O processamento das informações no sistema consiste basicamente na agregação dos dados entre os diferentes níveis operacionais (microárea, área, segmento, município, regionais de saúde, estado) e na elaboração de indicadores operacionais. O sistema emite relatórios de dados e indicadores voltados para o acompanhamento e a avaliação do desempenho das equipes de saúde da família.

Como, nos relatórios, as informações são agregadas tendo como referência a área ou microárea, perde-se a vinculação entre os diversos níveis de organização do programa (da família/domicílio até o município) (LIMA, 2004).

Há evidências de que o volume de dados sobre nascimentos e óbitos coletados pelo SIAB no interior da região Nordeste supera os informados no SIM e no SINASC, indicando seu grande potencial para melhorar as estatísticas nacionais de saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002). Apesar destes benefícios, a atual estrutura do SIAB dificulta a execução de algumas importantes atividades de cunho epidemiológico, como as seguintes (LIMA, 2004):

- utilização das informações para vigilância epidemiológica (busca ativa e investigação de casos);
- vinculação entre as informações do SIAB e outros SIS;
- relacionamento com bases de dados demográficas e socioeconômicas, como censo demográfico, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), etc;
- georreferenciamento de informações sobre eventos de saúde a partir de dados agregados, o que impede o uso de recursos de Sistemas de Informações Geográficas (SIG) e de análise espacial de dados, como a identificação do padrão de ocorrência espacial da morbimortalidade.

O retorno dos dados do Ministério diz respeito principalmente a problemas no preenchimento ou dúvidas quanto à qualidade dos dados e estas informações são repassadas às coordenadorias regionais, que funcionam como elo de ligação com os municípios.

O SIAB foi implantado no Rio Grande do Sul em 1996 e em 1999 já estava presente em todos os municípios com PSF, avaliando e monitorando as ações de saúde do PACS e PSF, através de fichas preenchidas nas unidades de saúde. É incentivado o processamento dos dados pelos municípios e algumas regionais também os processam. O Estado é responsável pelo repasse para o Ministério, fazendo uma pré-avaliação (verificar se os dados estão completos), mas não realiza trabalho com os dados.

Está em curso uma iniciativa para estabelecer mecanismos operacionais que permitam a compatibilização deste sistema com o SIM e o SINASC , bem como com o Cartão Nacional de Saúde e com o SIA/SUS (<http://www.saude.gov.br/psf/index.htm> OU <http://www.DATASUS.gov.br/catalogo/pacs.htm>).

Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS)

O SIOPS foi implantado com o objetivo de subsidiar o planejamento, a gestão, a avaliação e o controle social do financiamento e do gasto público em saúde nas três esferas de governo, através da formação e manutenção de um banco de dados sobre receitas e despesas com ações e serviços de saúde, sob responsabilidade do poder público (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

A implantação do SIOPS teve origem no Conselho Nacional de Saúde em 1993, tendo sido considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos n. 001/94 e 002/94 sobre o Funcionamento e Financiamento do SUS.

Em 1998, a Procuradoria e o Ministério da Saúde viabilizaram sua formalização, e este passou a coletar dados através de planilhas eletrônicas, dadas as dificuldades das primeiras tentativas de coleta através de ofício e de formulários contidos em disquetes, principalmente devido à falta de padronização das respostas.

Em 30 de abril de 1999, foi assinada a Portaria Interministerial n. 529 pelo Ministro da Saúde e pelo Procurador Geral da República, designando uma equipe para desenvolver o projeto de implantação deste sistema, que passou a coletar dados através de um sistema informatizado desenvolvido pelo DATASUS, possibilitando a transmissão dos dados pela Internet.

A partir de 1998, os dados transmitidos estão disponibilizados na Internet, tanto no formato das planilhas, quanto na forma de indicadores, permitindo comparações e agregações de dados por municípios, por Unidade da Federação (UF), por porte populacional ou qualquer outro a ser escolhido pelo usuário, de forma a facilitar o controle social sobre o financiamento do SUS. Observou-se,

desde então, crescente aumento da cobertura e da representatividade das informações geradas pelo sistema.

Em janeiro de 2002, o sistema compreendia 2.781 governos municipais informantes, representando 50,5% do total e abrangendo 72,3% da população brasileira (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Aos Conselhos de Saúde é facilitada a transparência sobre a aplicação dos recursos públicos do setor. A consolidação das informações sobre gastos em saúde no país é uma iniciativa que vem proporcionar a toda a população, em especial àquela parcela que de alguma forma têm vínculo com o SUS, o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa do país tem aplicado na área (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003 a).

No Rio Grande do Sul, houve uma rápida adesão e qualificada alimentação dos dados do SIOPS pelos municípios, que já no ano de implantação teve a cobertura de 91% do Estado, tendo sido o de melhor resposta no país. Desta forma, tornou-se possível a utilização desses dados para critérios de cálculo de repasse de recursos aos municípios, dentro do Projeto Municipalização Solidária da Saúde (FERLA; FAGUNDES, 2002).

Seus dados estão disponíveis na Internet (www.saude.gov.br/sis/siops/index.htm OU www.DATASUS.gov.br/catalogo/siops/siops.htm).

Sistema do Cartão Nacional de Saúde

A proposta de implantação no Brasil de uma identificação única para os usuários do SUS é uma demanda do setor saúde expressa nos Relatórios das últimas Conferências Nacionais de Saúde (9., 10. e 11.) e a NOB/SUS 01/96 instituiu sua organização.

O Cartão Nacional de Saúde, também denominado Cartão SUS, representa a materialização dessa necessidade. Seu projeto é complexo pelos seguintes aspectos (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a):

- a) impactar no processo de trabalho cotidiano das unidades assistenciais, das SMS e das SES;

- b) envolver tecnologia de informação de modo intensivo;
- c) pressupor forte adesão das equipes de saúde e dos gestores (dimensão técnica e política);
- d) depender, para sua completa efetivação, de uso intensivo de telecomunicação, setor ainda com sérias restrições na maioria das localidades no Brasil;
- e) requerer recursos financeiros importantes para sua expansão em larga escala nos Estados.

O Cartão Nacional de Saúde permite a vinculação entre o atendimento realizado, o cidadão atendido, o profissional e a unidade de saúde que realizou o procedimento. Representa importante instrumento de apoio aos gestores no que se refere à regulação e à organização regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, e ao planejamento, pactuação e acompanhamento da PPI, por incorporar, também, os dados de procedência do paciente, tornando-se importante subsídio para as Câmaras de Compensação (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

A expansão do Cartão SUS para os demais Estados e municípios está ocorrendo apenas no que se refere ao seu componente de cadastramento dos usuários do SUS, dos profissionais e dos estabelecimentos de saúde, resultado do esforço do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, sob responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde SAS/MS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

No ato de adesão dos Estados e municípios ao processo de cadastramento, os gestores assinam Termo de Compromisso e Responsabilidade onde se comprometem

a não divulgar, sob nenhuma forma, meio [...] ou suporte [...] os cadastros e/ou arquivos referentes às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS, [...], bem como se responsabilizar pelo arquivamento, guarda e segurança desses cadastros e arquivos e das senhas que permitem seu acesso, de maneira a impedir sua divulgação sob pena do responsável incorrer nas penas da Lei 8.112/90 – Estatuto do Servidor Público (Art. 116, 117, 121 a 126 e 132) e do Art. 154 do Código Penal pelo não cumprimento de quaisquer dessas obrigações.

O Cartão Nacional de Saúde inicialmente foi concebido sob a forma de projeto piloto, iniciado em agosto de 1999, quando foi publicado o edital de

licitação internacional para aquisição da “Solução de Informática do Cartão Nacional de Saúde” e previa dois anos de garantia estendida após a finalização do seu desenvolvimento e implantação, com perspectiva de ser finalizado no início de 2005.

A licitação realizada para o projeto privilegiou a contratação de uma solução de informática global, incluindo o desenvolvimento e instalação de terminais específicos para a captura das informações de atendimento (10 mil terminais, em instalação em pouco mais de 2 mil unidades de saúde), a aquisição da infra-estrutura de informática e de telecomunicações (inclui os servidores e equipamentos de rede para os sites federais – localizados em Brasília e no Rio de Janeiro, os sites para as 27 unidades da Federação e para os 44 municípios), o desenvolvimento de aplicativos (de gestão de informação e de captura de dados), a emissão dos cartões de identificação (cartões magnéticos para profissionais e usuários, foram contratados 14 milhões de cartões), a capacitação de recursos humanos (contratados cursos para cerca de 35 mil profissionais, desde operadores de terminais até gerentes de redes, de bases de dados, de sistema, dentre outros), a manutenção e garantia estendida por dois anos para o sistema (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Diferentemente dos sistemas de informação tradicionalmente existentes no âmbito do SUS, o Sistema Cartão Nacional de Saúde não captura dados visando ao faturamento de serviços ou exclusivamente à Vigilância Epidemiológica, mas trabalha com o conceito de captura de informações de atendimento.

Do ponto de vista tecnológico, a solução de informática do Cartão Nacional de Saúde trabalha com algumas premissas, dentre elas o uso de arquitetura aberta de software, o uso de padrões, a garantia de independência de qualquer software ou hardware proprietário, incluindo o Sistema Gerenciador de Banco de Dados (SGBD) e a integração com os sistemas de informação de base nacional e/ou local.

O sistema está baseado em cinco componentes principais:

- a) os cartões de identificação dos usuários e dos profissionais;
- b) a rede de comunicação;

- c) os terminais de atendimento e os equipamentos para armazenamento e gerenciamento da base de dados;
- d) os aplicativos do nível de atendimento e dos servidores;
- e) os aspectos de segurança e a política de controle acesso.

O MS, os Estados e os municípios que participaram do estudo piloto realizaram as seguintes atividades: definição de especificação técnica e monitoramento do desenvolvimento da solução (aplicativos, rede, equipamentos), definição de conteúdos, acompanhamento e avaliação dos treinamentos; definição de metodologia e de instrumento para cadastramento; formatação de metodologia de implantação e apoio aos municípios na sua operacionalização e na identificação dos usos para as informações derivadas do sistema; gestão de contratos com fornecedores e relacionamento com instituições parceiras; identificação e formatação de mecanismos complementares à implantação do projeto (capacitação complementar, distribuição de cartões, contratação de auditoria externa); definição de modelos para integração de sistemas de informação, entre outras.

Em 2001, os gestores estadual e municipais de saúde do Estado, cientes de que o CNS facilitará a associação das bases de dados, qualificando o atendimento aos usuários, a gestão e o trabalho de prestadores e profissionais de saúde, assinaram o Termo de Adesão ao Cadastramento Nacional dos Usuários do Sistema Único de Saúde e iniciaram o processo de cadastramento (FERLA; FAGUNDES, 2002).

Alguns Outros Sistemas de Informações

Ainda existe um conjunto muito grande de sistemas de informações no âmbito do Ministério da Saúde. Destacaremos a seguir apenas aqueles que acarretam significativo esforço institucional, com alguma penalidade para as SES e SMS caso não cumpridas normas operacionais e fluxo, requerendo, portanto, especial atenção do gestor (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Este sistema foi desenvolvido com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes pelo Programa de Humanização do

Pré-natal e Nascimento do Sistema Único de Saúde. Neste programa está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, permitindo o acompanhamento da gestante desde o primeiro trimestre da gestação até o parto e puerpério.
<http://www.DATASUS.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>.

SISCOLO – Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo de Útero, sob a gestão do Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCa).

SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer da Mulher, sob a gestão do Ministério da Saúde, por meio do INCa.

SISHIPERDIA – Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. A portaria Conjunta nº 112, de 19 de junho de 2002, tornou obrigatório seu funcionamento para o recebimento dos medicamentos previstos no Programa de Assistência Farmacêutica à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

SNT – Sistema Nacional de Transplantes.

SINAVISA - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (em desenvolvimento pela ANVISA).

Há também alguns aplicativos e softwares públicos disponíveis para os gestores de saúde, desenvolvidos pelo DATASUS, que são utilizados em processos de gerenciamento e gestão em saúde. São aplicativos públicos, o que diminui significativamente o custo da informatização e estão à disposição dos gestores em saúde. Detalhes podem ser obtidos no site Internet do DATASUS (www.DATASUS.gov.br).

Destacam-se entre eles:

SIGAB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Assistencial Básica

HOSPUB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Hospitalar

SISREG – Sistema de Informação de Regulação. Sistema desenvolvido para apoiar as atividades das Centrais de Regulação, é destinado a facilitar a operação, gerenciamento e obtenção de informações nos complexos reguladores. Foi concebido de forma modular, permitindo o desenvolvimento e introdução de

soluções de parâmetros locais. O primeiro módulo desenvolvido é destinado ao gerenciamento da assistência ambulatorial (consultas e exames especializados). Os demais módulos, envolvem a assistência hospitalar (controle de leitos).

HEMOVIDA – Sistema de Gerenciamento de Unidades Hemoterápicas.

SIST - Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador. Tem como objetivo coletar, tratar, analisar e disseminar dados sobre acidentes e doenças do trabalho. Atualmente o sistema já ampliou seu foco e coleta dados de acidentes e violências em quatro grupos populacionais prioritários: trabalhadores, mulheres, crianças e idosos. Criado como projeto-piloto de um sistema de informações sobre acidentes e violências, já incorporou os conceitos da descentralização desde sua concepção. A escolha deste foco respondeu a uma prioridade epidemiológica (o grupo de causas externas respondeu por 9,5% das mortes no Rio Grande do Sul no ano de 2000, ficando em 1º lugar entre as causas de morte na população entre os 20 e os 29 anos e, na população masculina, também entre os 30 e os 49 anos, sendo o principal grupo de causas que subtrai anos potenciais de vida no Estado; o mundo do trabalho é responsável por boa parte desses eventos) e política (a associação entre condicionantes e determinantes da saúde tem se restringido à própria área da saúde, sendo poucas as iniciativas de monitorar as condições de trabalho como explicação para o adoecimento e a morte) da gestão estadual.

O sistema estadual de informações de acidentes e violências coleta dados dos atendimentos de saúde realizados na rede de serviços do SUS. Seu software, desenvolvido em parceria com a PROCERGS, permite que os municípios interessados, as Coordenadorias Regionais de Saúde, Conselhos de Saúde e as áreas centrais da SES/RS sistematizem e consolidem relatórios de dados do seu território. Indicadores e parâmetros relativos são fornecidos pelo sistema, que opera *on line*, para suporte à gestão. O referenciamento geográfico desses dados, em software livre, permite o mapeamento dos riscos ambientais relacionados a acidentes e violências, particularmente nos recortes anteriormente referidos (FERLA; FAGUNDES, 2002).

Sistema de informações de malária (SISMAL)

O SISMAL foi desenvolvido pelo programa de controle da malária, com o objetivo de prover dados sobre a coleta e o exame laboratorial de lâminas de sangue obtidas para confirmação do diagnóstico da doença. Fornece dados sobre a quantidade de lâminas coletadas e examinadas, bem como os resultados encontrados, por espécie de plasmódio.

Os dados do sistema estão disponíveis por estado e município, e também por localidades constantes da base do Sistema de Informação de Localidades (SISLOC). O SISMAL permite a emissão de relatórios contendo a distribuição dos dados por faixa etária e sexo. Podem ser ainda obtidas informações por local de origem do caso, para definir se o mesmo é autóctone ou importado. Esse sistema encontra-se em fase de transição, para ser substituído pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica (SIVEP) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Sistema de informações sobre recursos humanos para o SUS (SIRH/SUS)

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos (CGPRH/SPS), reúne informações de diversas fontes produtoras de dados relativos a emprego, força de trabalho, formação e mercado de trabalho de profissionais de saúde (IBGE, conselhos profissionais, Ministério da Educação e Ministério do Trabalho, entre outras) e divulga dados consolidados, pela Internet (<http://www.saude.gov.br/sps/depart/sitecgprh/dados.htm>).

Também desenvolve, desde 1999, a Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, que articula, via Internet, instituições de pesquisa aplicada à produção, análise e circulação de informações e estudos sobre recursos humanos em saúde. A rede está sendo impulsionada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em parceria com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) (<http://www.opas.org.br/rh/site/>) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Sistema de cadastro de beneficiários de planos e seguros privados de saúde

Este sistema, implantado em setembro de 1999, objetiva apoiar o processo de regulamentação do setor de saúde suplementar. Dispõe de dados consolidados dos beneficiários dos planos de saúde oferecidos pelas pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde. O DATASUS é responsável pela execução das atividades de coleta, processamento e armazenamento desses dados, e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é responsável pela consolidação dos dados e pela gestão e aprimoramento do processo.

O Sistema de Cadastro de Beneficiários é um importante instrumento de identificação dos beneficiários que receberam assistência médico-hospitalar do SUS, mediante cruzamento de dados com os das AIH (Autorização de Internação Hospitalar), para posterior ressarcimento de despesas. Além disso, seus dados permitem produzir informações, em âmbito nacional, sobre a cobertura e o perfil epidemiológico dos beneficiários (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Sistema único de benefícios da previdência social (SUB)

O SUB contém informações sobre os benefícios (aposentadoria, pensão, auxílio, etc.) concedidos e mantidos aos segurados, mediante habilitação nos postos de benefícios da previdência social. Os dados referem-se a renda, idade, sexo, diagnóstico principal e secundário (em caso de auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, acidente de trabalho e correlatos), ocupação (em caso de incapacidade), situação do domicílio (urbana e rural), agrupamento de ramo de atividade (comércio, indústria etc.), duração, filiação (empregado, autônomo, doméstico etc.) e situação de reabilitação, quando aplicável (<http://www.dataprev.gov.br/>).

O Posto de Benefícios coleta a informação e a transmite diretamente à Empresa de Processamento de Dados (Dataprev), que alimenta a base centralizada. A partir dessa base, são gerados pagamentos aos beneficiários e informações sobre a manutenção dos benefícios (cessação, alteração etc.). Os

dados brutos podem ser fornecidos mediante consulta específica ao sistema central, condicionada a prévia autorização e cadastro do usuário (RIPSA, 2002).

Cadastro nacional de informações sociais (CNIS)

O CNIS é gerido pela Previdência Social, Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego e Receita Federal. Contém informações de trabalhadores, empregadores e vínculos empregatícios, obtidas de diversas bases de dados, como PIS/ Pasep, FGTS, Rais (Relação Anual de Informações Sociais), Caged (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) e contribuintes individuais da previdência social (<http://www.dataprev.gov.br/>).

As informações são recebidas dos gestores dos sistemas formadores do CNIS (Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, Serpro, Datamec) e consolidadas pela Dataprev, de acordo com o recebimento dos dados. Os dados brutos podem ser fornecidos mediante consulta específica ao sistema central, condicionada a prévia autorização e cadastro do usuário (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Sistema de contas nacionais

Gerenciado pelo IBGE, oferece uma visão de conjunto da economia e descreve os fenômenos essenciais que constituem a vida econômica: produção, consumo, acumulação e riqueza, fornecendo ainda uma representação compreensível e simplificada, porém completa, desse conjunto de fenômenos e das suas inter-relações. O Sistema de Contas Nacionais do IBGE segue as mais recentes recomendações das Nações Unidas expressas no Manual de Contas Nacionais (*System of National Accounts 1993 – SNA*), incluindo o cálculo do Produto Interno Bruto (PIB) e a Matriz de Insumo-Produto (<http://www.ibge.gov.br/ibge/disseminação/eventos/missão/informaçõessociais.shtml>) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Também podem ser utilizados como fonte de informações:

Bases de dados demográficos:

Censo demográfico/ Realizado pelo IBGE em geral a cada 10 anos, **Contagem da população/** Realizada em período intercensitário, **Registro civil/** coletadas mediante levantamentos contínuos de: assentamentos de nascimentos, casamentos, óbitos e óbitos fetais, registrados nos cartórios do registro civil das pessoas naturais; separações judiciais e divórcios, obtidas junto às varas de família e cartórios cíveis, **Estimativas e projeções/** A partir de dados censitários e de pesquisas amostrais, são elaboradas projeções populacionais, que indicam tendências e cenários futuros da dinâmica demográfica.

Pesquisas do IBGE:

Pesquisa nacional por amostra de domicílios (Pnad)/ realizada anualmente nos períodos intercensitários. Provê informações sobre diversos perfis da população brasileira, de natureza demográfica e socioeconômica, **Pesquisa sobre assistência médico-sanitária (AMS)/** não tem periodicidade definida, **Pesquisa nacional de saneamento básico (PNSB)/** dados foram obtidos junto a companhias estaduais ou municipais de saneamento básico, fundações, consórcios intermunicipais, empresas privadas de saneamento básico e associações comunitárias, **Pesquisa de orçamentos familiares (POF)/** A periodicidade é quinqüenal e abrange as regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, Brasília e município de Goiânia, **Pesquisa sobre padrões de vida (PPV)/** A pesquisa foi realizada em 1996-1997, abrangendo as regiões Nordeste e Sudeste, **Pesquisa mensal de emprego (PME)/** A periodicidade é mensal e abrange as regiões metropolitanas de Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre.

Outras pesquisas:

Pesquisa nacional sobre demografia e saúde (PNDS)/ promovida pela Sociedade Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam) em 1996, **Estimativa da incidência de neoplasias malignas/** Instituto Nacional do Câncer (Inca), do Ministério da Saúde, elabora a cada ano estimativas da incidência de neoplasias malignas, por localizações específicas mais freqüentes, **Inquérito de prevalência**

de aleitamento materno/ três pesquisas de âmbito nacional, realizadas em diferentes períodos, forneceram dados sobre aleitamento materno: o *Estudo nacional de despesa familiar – Endef* (IBGE, 1974-1975); *Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição – PNSN* (Inan, 1989) e o estudo sobre *Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal* (Ministério da Saúde, 1999), **Inquérito sobre saúde bucal/** Dois inquéritos nacionais foram realizados pelo Ministério da Saúde, nos anos de 1986 e 1996, em colaboração com a Associação Brasileira de Odontologia, o Conselho Federal de Odontologia e as secretarias estaduais de saúde, abrangendo as capitais dos estados, **Inquérito de prevalência do diabetes melito/** inquérito amostral realizado entre 1986 e 1988, promovido pelo Ministério da Saúde em articulação com serviços universitários, sociedades científicas de diabetes e endocrinologia, e a Opas.

Com relação à disseminação das informações dos sistemas citados, atualmente os dados de alguns deles encontram-se disponíveis em diversos meios (BBS, CD-ROM e Internet) o que facilita o acesso para todos os níveis de gestão e de usuários externos, contribuindo para maior eficiência da gestão e do controle social do sistema. Uma articulação entre os diversos projetos desenvolvidos pelas Secretarias de Saúde e o Ministério da Saúde na área de informação e informática em saúde, bem como a constituição de uma rede envolvendo gestores do SUS, serviços de saúde e conselhos de saúde foi desencadeada por meio da Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), com apoio do Banco Mundial. No Estado do Rio Grande do Sul, esse projeto foi denominado Rede Gaúcha de Informações em Saúde (RGIS) e vem sendo coordenado pela Secretaria da Saúde do Estado (SES/RS) (FERLA; FAGUNDES, 2002).

Porém, apesar de todos os esforços que vêm sendo desenvolvidos, inclusive pela comunidade científica e algumas agências oficiais produtoras de informação, no sentido de criar uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde com gestão compartilhada e controle social, ainda não foi possível a superação da fragmentação institucional, principalmente no âmbito federal, do distanciamento entre diversas agências e da falta de comunicação entre os diversos bancos de dados.

A fragmentação, assim como a utilização de critérios isolados para a definição de prioridades no desenvolvimento de sistemas, fluxos, investimentos, definição de tecnologias, etc. atualiza na gestão da política nacional de informação e informática em saúde os problemas verificados na gestão do sistema de saúde como um todo: na realidade temos um certo nível de confusão entre o que é uma política federal de informação e informática em saúde, responsável pelo suprimento das necessidades identificadas para o gerenciamento das estruturas vinculadas ao governo federal, e a política nacional, suficiente e fortalecedora da gestão em todos os níveis e para o SUS, conforme determina a Constituição Brasileira (FERLA; FAGUNDES, 2002). Além disso, com todos os avanços dos processos de descentralização, expressos inicialmente em 93 e impulsionados pela NOB/96, a tendência em centralizar as ações de controle, auditoria e fiscalização em órgãos como as Secretarias Estaduais de Saúde e o Ministério da Saúde ainda não foi superada, considerando a cultura normatizadora das instituições (SES-RS, 2002c).

Estudo realizado por Moraes (1994) demonstrou que 69,3% dos SIS possuem os gestores de nível central estadual como seus principais usuários. A seguir vem o nível federal, como principal usuário em 28% dos SIS. Ou seja, a maioria dos usuários estão concentrados nos níveis centrais. O gestor local, onde se localiza a base de coleta da grande maioria dos SIS, os utiliza em apenas 8% dos casos. Ainda assim é possível considerar a hipótese de certa tendência descentralizante (pelo menos de ter acesso aos dados) do nível federal para o estadual, já que o estado corresponde a mais do que o dobro do usuário em segunda posição. De qualquer modo, o que esses dados parecem indicar é que a lógica centralizante não está presente apenas no nível federal, mas também no estadual e municipal. Estes acabam reproduzindo esta racionalidade e não criam fluxos de SIS ágeis e de fácil acesso para os gestores locais muito menos para a sociedade civil de modo geral.

Considera-se que um sistema de informação ágil deve, em pouco tempo, devolver as informações produzidas aos gestores - que tomam decisões, às equipes - que transformam planos em ações, e à população - a maior implicada, sendo que uma informação que chegue a essas instâncias após o momento oportuno para intervenção é de pouca utilidade (TAKEDA, 2004).

Em vista disto, e compatível com as disposições legais do SUS, existe a necessidade urgente de descentralizar também a gestão da política de informação, de modo a garantir aos gestores do SUS das três esferas os níveis de informação necessários, suficientes e acessíveis para o planejamento e tomada de decisões para as ações de saúde. A organização municipal passa necessariamente pela estruturação de um sistema de informações próprio ao município, para que os gestores tenham condições de planejar suas atividades (FERLA; FAGUNDES, 2002), considerando que gerenciar significa não apenas dispor de recursos, mas de poder para sua alocação ou realocação (ANJOS, 1996).

A transferência de um maior número possível de decisões para o nível local torna a organização mais ágil, tende a diminuir custos e produzir novas idéias que permitam o melhor atendimento da clientela. Segundo Teixeira (1990) citada em Anjos (1996),

o desenvolvimento de métodos e técnicas que dêem conta da identificação, análise e priorização de problemas de saúde da população em nível local é o eixo para o desenvolvimento de uma prática gerencial voltada à reorganização dos serviços e das práticas de atenção à saúde [...]

Ao mesmo tempo, é sabido que a falta de infra-estrutura informatizada, não só nas unidades de saúde, mas inclusive no nível central de muitas secretarias municipais, faz com que a tarefa de avaliação da gestão dos serviços não seja realizada, ou seja, realizada de forma não sistemática (TOMASI, 2003).

Apesar da existência de um arcabouço jurídico e administrativo que explicita papéis, competências e responsabilidades dos gestores municipais e dos demais gestores no âmbito do controle e avaliação, e apesar da assunção dessas responsabilidades pelos municípios através de convênios firmados entre as partes, sua aplicação até o momento é apenas parcial.

O município, responsável pela execução de ações e serviços de saúde, bem como pelo seu controle e avaliação em seu nível, não está completamente habilitado a desempenhar suas atribuições nessa área (SILVA; CARBORI; PIRES, 1996). Também a falta de conhecimento do perfil sociodemográfico da população e do perfil de morbidade da demanda dificulta a avaliação do desempenho de serviços e equipes de saúde. É preciso que seja incentivado o

desenvolvimento de ferramentas próprias, especialmente aquelas de fácil manejo pelas equipes locais. Estas ferramentas imprimiriam maior especificidade no conhecimento das realidades locais, favorecendo a definição de prioridades na alocação de recursos humanos, materiais e financeiros. Um exemplo de iniciativas neste sentido é o desenvolvimento do aplicativo PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde) em Pelotas, no Rio Grande do Sul, com o objetivo de subsidiar gestores e equipes de saúde com informações sobre características da população de referência e da demanda atendida, beneficiando também municípios de pequeno porte, facilitando a descentralização da informação, a agilidade na tomada de decisão e o comprometimento das equipes, além de subsidiar as ações relacionadas aos processos de controle social da saúde, seja no âmbito dos conselhos locais, seja no dos conselhos municipais de saúde (TOMASI, 2003).

Mas se, por um lado, disponibilizar recursos materiais e humanos para um melhor aproveitamento dos sistemas de informação em saúde pode ser mais um desafio aos municípios de pequeno porte, levando a um sub-aproveitamento destes sistemas, Oslak (1990), citado em Anjos (1996), refere que

a aparente incapacidade, imaturidade ou falta de experiência para tomar decisões no nível local não deve ser utilizada pelo nível central como argumento para frear ou retardar a descentralização. A assessoria, a capacitação, a supervisão e a assistência técnica, acompanhadas de um alto grau de motivação e preparação de recursos humanos envolvidos nos níveis executivos locais, são fundamentais para apoiar o processo.

Neste sentido, consideramos que a melhor compreensão da situação de utilização dos sistemas de informação em saúde nos municípios de pequeno porte pode contribuir para a identificação de dificuldades e necessidades destes municípios, gerando subsídios que contribuam com o desenvolvimento de estratégias políticas de apoio à municipalização da saúde no Rio Grande do Sul.

3 OBJETIVOS

Geral

- descrever a situação atual dos municípios gaúchos de pequeno porte quanto ao uso dos Sistemas de Informação em Saúde

Específicos

- descrever a estrutura disponível para operacionalização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) nos municípios com menos de 10 mil habitantes;
- identificar os Sistemas de Informação mais utilizados nestes municípios;
- identificar a utilização das informações geradas por estes sistemas na tomada de decisões gerenciais em saúde;
- conhecer os indicadores mais valorizados pelos gestores na gestão da saúde em seus municípios;
- verificar se os SIS utilizados são úteis para a construção de tais indicadores;
- identificar possíveis motivos para não utilização dos dados dos SIS na construção de indicadores locais de saúde.

4 MÉTODOS

A estratégia escolhida para este trabalho foi o uso de questionário auto-aplicado, enviado a todos os municípios gaúchos com menos de 10 mil habitantes. O questionário poderia ser respondido pelo secretário municipal de saúde ou outro funcionário julgado por este capaz de fornecer as informações necessárias, conforme explicitado na carta de apresentação (Apêndice A). Este método foi escolhido por permitir a obtenção de uma quantidade satisfatória de dados a um baixo custo, principalmente considerando a dispersão geográfica do universo estudado. Outras vantagens consideradas foram o fato de o respondente ter mais tempo para coletar fatos, falar com outras pessoas ou considerar respostas mais detalhadas do que em uma pesquisa telefônica ou entrevista pessoal, e porque esta abordagem geralmente é percebida como mais impessoal, garantindo mais anonimato do que outros modos de comunicação (Cooper, 2003), podendo tais fatos contribuir positivamente para a fidedignidade das respostas.

Também foi considerado adequado como estudo inicial nesta área, tendo em vista a ausência de publicações a respeito da situação gerencial nestes municípios, principalmente com enfoque na percepção do gestor em relação à disponibilidade e utilização de informações em saúde.

Os endereços, telefones e e-mail dos municípios foram obtidos de duas formas: através do site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br), que não dispunha de dados atualizados para todos os municípios estudados, e através da Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS), que dispunha dos dados para contato com as prefeituras municipais. Para os municípios com dados em ambas as fontes, foi enviado e-mail tanto para o endereço eletrônico da prefeitura quanto para o da secretaria municipal de saúde. Além de fornecer os dados para contato com os municípios, a própria FAMURS encaminhou mensagem aos mesmos através de sua lista de correio eletrônico. Como complemento, o envio de material impresso por via postal foi realizado

preferencialmente para a secretaria municipal de saúde, sendo enviado à prefeitura apenas na indisponibilidade do endereço da secretaria.

Com o intuito de facilitar o retorno das respostas, os municípios poderiam optar pelo envio postal, por fax ou através de um formulário eletrônico disponível no *website* da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS). A elaboração do questionário resultou de um processo composto por três fases:

a) Fase I - Entrevistas estruturadas com responsáveis por sistemas de informação em saúde na Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, a fim de identificar os sistemas de informação em saúde utilizados no Estado e conhecer suas principais características. Tais entrevistas foram realizadas obedecendo a um roteiro básico aberto, estruturado nos seguintes blocos :

- Identificação do Sistema de Informação;
- Identificação do Responsável pelo SIS;
- Data de implantação no Estado;
- Objetivos do SIS;
- Características da alimentação (origem dos dados, periodicidade);
- Forma e local de processamento dos dados;
- Destino dos resultados;
- Retorno aos alimentadores (forma e periodicidade);
- “Nós críticos” do SIS segundo o responsável.

Estas informações subsidiaram a elaboração de um questionário preliminar, cujo modelo pode ser observado no Apêndice B.

b) Fase II - Aplicação do questionário preliminar a secretários de saúde de municípios com menos de 10 mil habitantes, com o objetivo coletar informações úteis à construção de instrumento de coleta de dados mais adequado aos objetivos do estudo. A aplicação do questionário, que ocorreu durante evento que reuniu os secretários de saúde do Estado do Rio Grande do Sul (2003, Gramado-RS), foi por amostragem de conveniência: os participantes do evento. Participaram deste estudo 64 municípios com menos de 10 mil habitantes.

c) Fase III – Realização de dois estudos-piloto e confecção definitiva do instrumento.

- Estudo piloto 1: testagem do questionário (modelo em papel) por 6 secretários de saúde de municípios com mais de 10 mil habitantes.
- Estudo piloto 2: testagem do questionário eletrônico por 12 secretários de saúde de municípios com mais de 10 mil habitantes.

A versão definitiva do questionário (Apêndice C) ficou composta por 11 questões fechadas de escolha simples, 3 de escolha múltipla e 4 de tipo aberto, além de dados de identificação do município e dos respondentes, procurando identificar:

1. os sistemas de informação alimentados e/ou analisados nos municípios;
2. os profissionais responsáveis por estas tarefas, quanto à formação, disponibilidade para dedicação a esta tarefa, e vínculo com o município;
3. o processo utilizado na alimentação e transferência dos dados aos níveis centrais;
4. a estrutura disponível no município para utilização dos SIS;
5. a utilização dos dados analisados no município, caso houvesse análise nos mesmos;
6. a percepção dos municípios em relação ao retorno das informações dos níveis centrais;
7. os indicadores considerados importantes para o planejamento da saúde;
8. a percepção de satisfação dos SIS em relação a esta necessidade; e
9. motivos para não satisfação desta necessidade, caso ocorresse.

A fim de aumentar a taxa de retorno, empregou-se a seguinte estratégia de aplicação do questionário e captação dos municípios, seguindo alguns princípios sugeridos por Edwards (2002).

Período	Estratégia	Número de Municípios Alcançados
Semana 1	Entrega em mãos durante evento com Secretários Municipais de Saúde (2004, Torres-RS).	79
Semanas 2, 3 e 4	Envio do questionário por e-mail (1 remessa por semana), além de mensagem encaminhada pela FAMURS.	111 confirmações eletrônicas de recebimento
Semana 5	Envio postal do questionário impresso em envelopes coloridos aos que não responderam por e-mail nem receberam em mãos.	247
Semanas 6 a 12	Contato telefônico com as Secretarias de Saúde que ainda não haviam enviado as respostas, e envio de FAX aos que não confirmaram recebimento do questionário ou já não o tinham em mãos ¹ .	273 ligações 89 fax enviados

Figura 1 – Estratégia de aplicação dos questionários

Nota: 1. Houve mudanças administrativas em várias secretarias e em algumas o material não foi encontrado.

Os municípios respondentes foram avaliados em relação ao porte e tempo de emancipação, bem como em relação à distribuição geográfica, a fim de verificar sua representatividade. Para tais análises foi utilizado o teste Qui-quadrado, considerando-se significativo $p < 0,05$, e utilizado o programa SPSS 10.

Após a décima quinta semana, os municípios que não haviam enviado o questionário preenchido foram considerados não-respondentes. Destes, foi realizada uma amostra aleatória de 10% (mais dois municípios, para o caso de necessidade de substituição de municípios por ocasional problema com números de telefone incorretos), que foi submetida a entrevista por telefone procurando detectar diferenças entre estes e os respondentes quanto às características dos municípios.

Foram utilizadas nestas entrevistas algumas questões contidas no questionário original em relação à estrutura existente nos municípios e ao grau de

satisfação em relação aos sistemas de informação, pela possível influência destas características na não resposta. Também foi mantida questão sobre sugestões e/ou observações. As questões sofreram adaptações, para adequarem-se ao método de aplicação. Além disso, foi questionado também o motivo do não envio da resposta, a fim de identificar deficiências nos métodos aplicados ou diferenças na motivação dos respondentes. O questionário aplicado à amostra de não respondentes encontra-se no Apêndice D.

O controle de qualidade da digitação foi feito através de dupla conferência.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 337 municípios gaúchos com menos de 10 mil habitantes, 127 (37,7%) responderam ao questionário, patamar acima do geralmente considerado satisfatório para esta estratégia metodológica, estimado em torno de 30% (COOPER, 2003).

O índice de insucesso de contato telefônico com os municípios durante o período de aplicação do questionário, após um mínimo de cinco tentativas, foi de 3,9%, geralmente por problemas com números incorretos.

Os meios utilizados para envio das respostas estão demonstrados na tabela 1.

Tabela 1 – Frequência dos meios empregados para resposta ao instrumento

Meio	n ¹	%
Correio	63	49,6
Fax	28	22,0
Página eletrônica	22	17,3
Entrega em mãos (evento)	9	7,0
e-mail FAMURS	5	3,9
Total	127	100,0

1. n = 127

Dentre as opções de envio de respostas, fica clara a preferência por métodos mais tradicionais, como correio ou fax, em detrimento da utilização da página eletrônica, o que sugere que os meios de comunicação eletrônicos ainda enfrentam alguma resistência nestes municípios, talvez por falta de habilidade ou confiança na sua utilização, ou ainda por disponibilidade limitada da infraestrutura necessária nestas secretarias.

A fim de identificar situações que dificultassem o retorno das respostas, foi perguntado à amostra de não-respondentes o motivo do não envio do questionário. Destes, 9 municípios não souberam informar, 7 disseram que

enviaram a resposta, 2 lembravam de ter preenchido, mas não sabiam se havia sido enviado, 2 não enviaram por falta de tempo e/ou funcionário, 1 referiu não ter recebido, 1 perdeu o questionário, e 1 teve problemas para enviar as respostas pelo site.

Também procurou-se verificar a capacidade de extrapolação dos resultados deste estudo, comparando os municípios respondentes com a amostra de não-respondentes, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2 - Comparação entre respondentes e amostra de não-respondentes

Questão	Respondentes n (%)²	Não-Respondentes n (%)³
Condição predominante de gestão do sistema de saúde: GPABA ¹	74 (58,3)	15 (75,0)
Sistema operacional mais utilizado: Win95/98	95 (74,8)	16 (70,0)
Conexão com Internet	118 (92,9)	23 (100,0)
Conexão em rede local	71 (56,0)	11 (47,8)
Opinião quanto ao retorno das informações do nível central:		
- forma clara, mas periodicidade insuficiente	49 (38,6)	7 (30,4)
- freqüentemente não retornam	10 (7,9)	6 (26,0)
Satisfação das Necessidades		
- geram muito poucos ou nenhum indicador com os dados do SIS	26 (20,5)	8 (34,8)
- motivo: treinamento insuficiente dos profissionais	11 (27,5)	15 (75,0)

1. Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

2. n= 127

3. n= 23

Embora o tamanho da amostra de não-respondentes seja insuficiente para permitir análise estatística dos resultados acima, pode-se perceber que os municípios que não enviaram as respostas demonstraram opinião mais desfavorável em relação aos SIS, tanto em relação ao retorno das informações dos níveis centrais quanto da satisfação de suas necessidades.

Também a preocupação com a formação insuficiente dos profissionais envolvidos com os SIS foi maior neste grupo. Estes resultados podem indicar um descrédito destes municípios em relação aos SIS, o que desmotivaria o envio das respostas ao instrumento de pesquisa. Por outro lado, deve ser considerado que

os resultados deste trabalho podem estar supervalorizando a utilização dos SIS, representando predominantemente os municípios mais satisfeitos com os sistemas de informação.

Além da análise da amostra, foram comparadas as características gerais dos municípios com menos de 10 mil habitantes, a fim de verificar se estas interferiram no envio de respostas.

Foi analisada a frequência de respondentes entre os municípios de acordo com o tempo de emancipação, levando em consideração que os mais jovens poderiam ter dificuldades maiores no envio das respostas.

Seguindo a mesma lógica, analisamos a frequência do envio de respostas de acordo com o porte dos municípios, dividindo-os em maior ou menor que 5000 habitantes. Não houve diferença significativa na proporção de respostas entre estes grupos. A frequência de respondentes conforme o tempo de emancipação e o porte dos municípios está sumarizada na tabela 3.

Tabela 3 - Frequência de respondentes conforme o tempo de emancipação e o porte dos municípios

Característica	Respondentes n (%)	
Municípios com <10 mil habitantes (n=337)	127 (37,7)	
Emancipação > 15 anos (n=178)	71 (39,9)	
Emancipação < 15 anos (n=159)	56 (35,2)	($p > 0,5$)
População > 5000 (n=111)	44 (37,6)	
População < 5000 (n=226)	83 (39,6)	($p > 0,6$)

Também foi verificado se houve diferença na proporção de respostas de acordo com a macrorregião, e esta diferença não foi estatisticamente significativa, embora a macrorregião da Serra tenha tido claramente a maior proporção de envio de respostas (tabela 4).

Tabela 4 – Municípios respondentes, de acordo com as macrorregiões

Macro-Região	Respondentes n (%) ¹
Centro Oeste	7 (28,0)
Metropolitana	12 (27,9)
Missioneira	24 (36,9)
Norte	45 (38,8)
Serra	19 (63,3)
Sul	5 (38,5)
Vales	15 (33,3)

(p>0,07)

1. Respondentes/municípios com menos de 10 mil habitantes na região.

Quanto à estrutura existente nos municípios estudados, em relação à disponibilização e utilização de tecnologia, todos dispunham de pelo menos um computador para o uso dos SIS (média de três por município). Entre os sistemas operacionais mais utilizados destacou-se o WINDOWS 95/98 (87%).

Aproximadamente 6% não dispunham de conexão com Internet, 52% utilizavam acesso discado, 22% *link* de acesso por rádio e 19% tinham conexão tipo “banda larga” adsl ou cabo. Dois municípios não informaram. Em 51% dos municípios havia sistema de rede local.

Em 74,8% dos municípios, a organização da alimentação dos SIS é feita por uma equipe responsável também por outras tarefas. Três municípios (2,4%) citaram que esta atividade é feita por uma pessoa ou equipe responsáveis apenas por este trabalho. A formação majoritária dos alimentadores dos SIS nos municípios pesquisados se dá concomitantemente na área da saúde e informática em 46,5%, e predominantemente na área da saúde em 38,6%, sendo que 59,1% são funcionários estatutários. Cabe aqui comparação com estudo realizado por Moraes (1994), intitulado “A Atual Configuração dos Sistemas de Informação em Saúde”, no qual o profissional com formação em computação liderava a lista (37,3%).

Nos municípios em que há análise dos dados, esta é realizada predominantemente pela mesma pessoa ou equipe que organiza a coleta de dados (65,7%).

Os Sistemas de Informação em Saúde mais freqüentemente alimentados e analisados nos municípios estudados estão listados na tabela 5.

Tabela 5 – Sistemas de Informação mais frequentemente alimentados e analisados pelos municípios com < 10.000 habitantes

Sistema de Informação		Alimentação n (%)	Análise n (%)
SIA -	Sistema de Informações Ambulatoriais	126 (99,2)	85 (66,9)
SINAN -	Sistema Nacional de Agravos de Notificação	113 (89,0)	70 (55,1)
SIAB -	Sistema de Informações de Atenção Básica	113 (89,0)	89 (70,1)
SIAIH - Autorização	Sistema de Informações de de Internações Hospitalares	111 (87,4)	82 (64,6)
SIS HIPERDIA –	Sistema de Informação em Saúde de portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus	111 (87,4)	73 (57,5)
SIS-PNI –	Sistema de Informação em Saúde o Programa Nacional de Imunizações	105 (82,7)	65 (51,2)
SIM -	Sistema de Informações sobre Mortalidade	102 (80,3)	72 (56,7)
SINASC - Nascidos	Sistema de Informações sobre Vivos	98 (77,2)	69 (54,3)
SIOPS –	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde	96 (75,6)	70 (55,1)
SISVAN –	Sistema de Vigilância Alimentar e de Nutrição	95 (74,8)	57 (44,9)
SIS-PRE-NATAL		93 (73,2)	62 (48,8)
SIFAB –	Sistema de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica	78 (61,4)	50 (39,4)
SIST –	Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador	54 (42,5)	23 (18,1)
SIGAB – Unidade	Sistema de Gerenciamento de de Atenção Básica	18 (14,2)	12 (9,4)
SIRH-SUS – Recursos	Sistema de Informações sobre Humanos para o SUS	12 (9,4)	6 (4,7)
SISMAL –	Sistema de Informação de Malária	6 (4,7)	3 (2,4)
	Sistema de cadastro de beneficiários de planos e seguros privados de saúde	1 (0,8)	1 (0,8)
	Outros	15 (11,8)	10 (7,9)

Nota: Foram citados em "outros", 24 sistemas de informações ou aplicativos, entre eles o FCES, CADSUS, CADUNICO e SPCETL - SISTEMA PRONTUÁRIO ÚNICO INFORMATIZADO.

Como pode ser observado, os SIS mais frequentemente alimentados não são necessariamente os mais comumente analisados pelos municípios. No primeiro caso, observa-se com maior frequência os relacionados a controle orçamentário, ou aqueles cuja não alimentação implica em suspensão de repasses financeiros do

nível central. Porém, quando avaliamos os SIS analisados, chama a atenção a sub-utilização de sistemas potencialmente importantes para o planejamento da assistência à saúde, que funcionariam como aliados da vigilância epidemiológica, e que justamente foram criados para serem operados de forma descentralizada, como o SINAN e o SIS-PNI, identificando que o esforço para manter os SIS alimentados tem como foco principal o cumprimento de acordo para repasse de verbas, e não sua utilização pelo município. A relação entre os SIS mais frequentemente alimentados e analisados fica mais clara na figura 2.

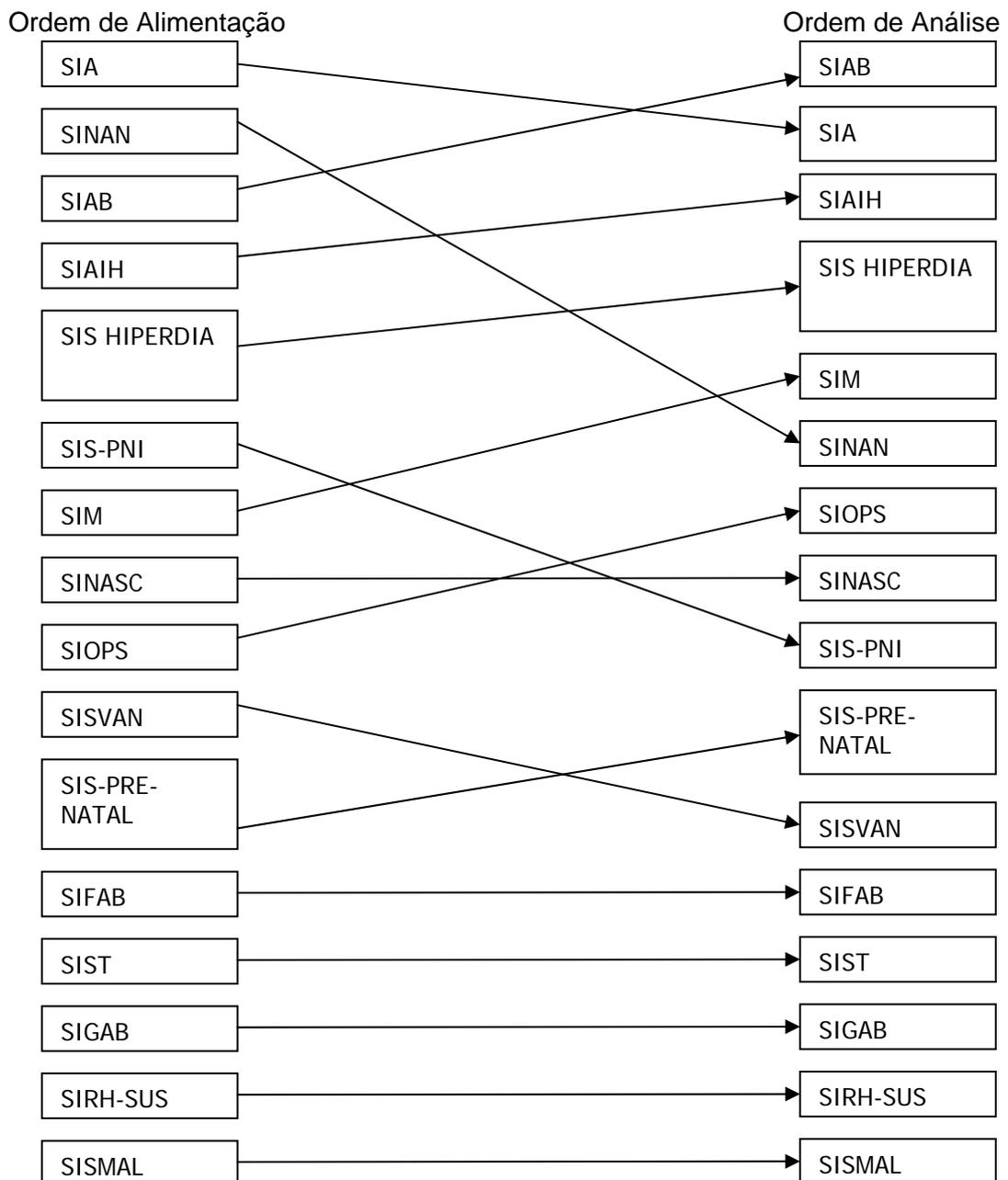


Figura 2 – Relação entre a frequência dos SIS alimentados e analisados nos municípios.

O envio dos dados ao nível central (Coordenadorias Regionais) ainda se dá predominantemente através de papel, principalmente para o SIM, o SINAN e o SINASC, que são enviados desta forma por 92,2%, 87,6% e 75,5% dos municípios que os alimentam, respectivamente. Disquetes e discos compactos (CDs) são a segunda forma mais utilizada, principalmente para o SIAB (89,4%), o SIA (86,5%), o SIFAB (78,2%) e o SIS-PRÉ-NATAL (72%). A Internet só é o meio de transmissão predominantemente utilizado no caso do SIOPS (76%) e do HIPERDIA (59,5%).

Em 59,1% dos municípios há análise de dados, de acordo com o respondente, e estas informações geram indicadores que são utilizados no planejamento e gerenciamento da saúde. Por outro lado, 17,3% dos municípios referem que não é realizada análise de dados, e em 19,7% há análise, mas os dados não são utilizados no planejamento, o que significa que 37% dos municípios não utilizam indicadores gerados localmente a partir dos SIS no planejamento e gerenciamento local da saúde, deixando dúvidas a respeito de onde estes municípios estariam buscando informações para subsidiar suas decisões. Cinco municípios não responderam a esta questão.

Apesar do método empregado pelos dois estudos não ter sido o mesmo, estes achados não diferem substancialmente dos obtidos por Moraes (1994), em que foi identificado

[...] um certo “descrédito” em relação à possibilidade de tomar decisões com base em informações extraídas dos dados disponíveis. Tais dados, após coletados, são apenas repassados para as instâncias centrais, e [...] em 44% dos casos o entrevistado respondeu que os SIS “não interferem no processo decisório.

Embora tenha havido avanço na discussão sobre os SIS e do movimento de fortalecimento dos municípios, a comparação do resultado deste estudo com o de Moraes (1994) evidencia que a utilização dos SIS pelos municípios progrediu muito pouco nos últimos dez anos.

Além disso, conforme demonstrado na tabela 6, que apresenta a avaliação do retorno das informações dos níveis centrais aos municípios, 36,2% dos municípios têm dificuldades na utilização das informações que retornam do nível central por não terem acesso a elas ou por não conseguirem compreendê-las,

indicando que uma parcela considerável dos gestores não está se beneficiando dos SIS. Cinco municípios (3,9%) não responderam a esta questão.

Tabela 6 – Avaliação do retorno das informações dos níveis centrais aos municípios

Opinião	n (%)¹
Retornam de forma clara e com periodicidade adequada para uso no planejamento das ações de saúde	27 (22,1)
Retornam de forma clara, mas com periodicidade insuficiente.	49 (40,2)
Retornam em periodicidade adequada, mas algo confusas, dificultando sua utilização.	8 (6,6)
Retornam de forma confusa e com periodicidade insuficiente.	28 (23,0)
Frequentemente não retornam ao município.	10 (8,2)

1. n = 122

A fim de identificar as necessidades de informações dos gestores municipais, foi solicitado que citassem os indicadores ou dados estatísticos mais importantes para o planejamento das ações de saúde no município. Várias respostas foram citadas como indicadores, e estas foram organizadas de forma a facilitar a análise, agrupando-se os sinônimos na citação mais abrangente. Também foram agrupadas de acordo com assunto, tendo como lógica a utilização da mesma fonte de informações. A tabela 7 lista os dez grupos de respostas mais citadas como importantes para o planejamento das ações municipais. A lista completa das respostas, bem como a forma de agrupamento das mesmas, podem ser conferidas no Apêndice F.

Tabela 7 – Grupos de respostas mais citadas como indicadores importantes para o planejamento das ações municipais

Grupo de Resposta	n (%)¹
Imunização	45 (40,5)
Sistemas de Informação em Saúde	42 (37,8)
Mortalidade Infantil	42 (37,8)
Pré-natal	39 (35,1)
Controle DM	36 (32,4)
Controle HAS	36 (32,4)
Saúde Bucal	28 (25,2)
Produtividade	17 (15,3)
Internações (causas)	17 (15,3)
Indicadores de Vigilância Epidemiológica e Sanitária	14 (12,6)

1. n = 111

Fica nítida a falta de familiarização com os termos “indicadores” ou “dados estatísticos”. Apesar de concordarmos com de Medronho (2003), que define indicadores de saúde como sendo “medidas (proporções, taxas, razões) que procuram sintetizar o efeito de determinantes de natureza variada sobre o estado de saúde de uma determinada população”, utilizamos aqui os termos “indicadores” e “dados estatísticos” como sinônimos, tendo por base o trabalho de Capucci (1999), que os empregou com o objetivo de ampliar o entendimento do enunciado e conseguir respostas mais confiáveis, considerando que “dados estatísticos” é termo de conotação mais ampla e de uso mais comum do que “indicadores”.

Além disso, não foi identificado problema de compreensão durante o estudo piloto. Apesar disso, a maior parte dos respondentes usou para esta questão respostas vagas, como “alcoolismo”, “oncologia” ou “controle de doenças”, e para quase 40% dos respondentes, os próprios SIS foram citados como indicadores. Como o instrumento definitivo foi testado em municípios de maior porte, é possível que o piloto não tenha tido capacidade de perceber estas dificuldades, e que os municípios de menor porte estejam mais distantes destas terminologias.

Percebe-se ainda que muitos dos indicadores citados como importantes para a tomada de decisões nos municípios (ver Apêndice E) são justamente os pactuados com o Estado, e que devem ser apresentados nos relatórios de gestão (anexo C), ou são usados como indicadores de avaliação utilizados no programa **Município Resolve** (anexo D), deixando dúvidas se tais indicadores foram citados por serem de fato importantes para o planejamento local, ou se estão sendo utilizados apenas para responder a uma demanda do nível central.

Além disso, parece haver dúvidas na própria concepção do que sejam indicadores, o que nos chama a atenção para a possibilidade de subutilização das informações disponíveis também por desconhecimento de seu potencial. Estes resultados sugerem uma grande dificuldade por parte dos municípios em utilizar indicadores de saúde no planejamento local, cabendo a questão: “partindo do pressuposto de que o objetivo básico de um Sistema de Informações é apoiar decisões, fica no ar a pergunta: qual o sentido desses sistemas?” (MORAES,1994).

De qualquer forma, as informações consideradas importantes pelos municípios estão disponíveis nos SIS predominantemente alimentados e/ou naqueles cujos dados são analisados pelos municípios.

Apesar disso, em relação à percepção de satisfação das necessidades de informações das secretarias municipais pelos SIS, como pode ser observado na tabela 8, menos de 5% dos municípios estão plenamente satisfeitos. Estes achados são compatíveis com os encontrados por Moraes (1994), que observou que áreas que coordenavam as práticas assistenciais finais não estavam utilizando rotineiramente os dados dos SIS para definir ou redefinir suas ações, levantando duas hipóteses: ou não utilizavam os dados por terem dificuldade para acessar os SIS, ou estes não respondiam às suas necessidades.

Tabela 8 - Percepção de satisfação das necessidades de informações pelos SIS

Respostas	n (%)¹
As necessidades são plenamente satisfeitas	6 (4,9)
Quase todos os indicadores necessários são gerados com os dados dos SIS	42 (34,1)
Alguns indicadores necessários são gerados com os dados dos SIS	49 (39,8)
Muito poucos indicadores necessários são gerados com os dados dos SIS	24 (19,5)
Nenhum dos indicadores necessários são gerados com os dados dos SIS	2 (1,6)

1. n = 123

Entre as causas para a não utilização dos dados dos SIS na construção de indicadores para uso local, conforme a tabela 9, a falta de qualificação profissional foi quase tão frequentemente citada quanto a idéia de que os SIS só permitem alimentação, dificultando o trabalho com os dados da forma mais adequada ao usuário, e ambas as respostas podem ser relacionadas à primeira hipótese levantada por Moraes. Por outro lado, a concepção de que os indicadores dos níveis centrais são suficientes para o planejamento local, não havendo a necessidade de se gerar outros indicadores, talvez seja explicado pelo fato de que as “necessidades” apresentadas por alguns municípios, tanto em relação às informações propriamente ditas, quanto à periodicidade na obtenção das mesmas, são claramente atreladas às informações e prazos determinados e definidos pelos níveis centrais, conforme comentado anteriormente.

Tabela 9- Motivos para não utilização dos SIS para gerar indicadores para uso local

Resposta	n (%)¹
Falta de computadores	4 (10,0)
Dificuldade na comunicação entre os técnicos em informática e os profissionais da saúde	0,0
Treinamento insuficiente dos profissionais mais envolvidos com os sistemas	11 (27,5)
Os principais indicadores já vêm prontos do nível central, não havendo necessidade de criar novos indicadores.	11 (27,5)
Os SIS não permitem que se trabalhe em cima do banco de dados, permitindo apenas a alimentação dos mesmos.	10 (25,0)

1. n = 40

Foi possibilitada, através do questionário, a emissão de comentários e sugestões em relação aos SIS. Apenas 29 municípios responderam esta questão. Entre as sugestões e comentários, houve uma manifestação de satisfação com os SIS, como segue:

Na nossa maneira de ver, os sistemas de informação em saúde estão satisfazendo as necessidades dos municípios.

Mas muitos comentários reforçaram a preocupação com a necessidade de qualificação de pessoal, como pode ser percebido na seguinte citação:

Há necessidade de treinamento da equipe no sentido de analisar os dados coletados e que alimentam os sistemas. Talvez tenhamos em mãos dados importantes e que não estão sendo bem utilizados para o planejamento do trabalho.

Esta preocupação ilustra também os achados de Bordignon (1996) em relação à utilização do SIA no município de Porto Alegre, por exemplo, que demonstraram não fazer parte da cultura institucional trabalhar com a informação, ressaltando que os poucos dados que retornam ao nível local não são devidamente potencializados, pois nem sempre os trabalhadores sabem como utilizá-los, perdendo-se assim o diagnóstico da realidade, expressão de uma lógica contrária à perspectiva universalizante ditada pelo SUS.

Também foi citada a necessidade de maior apoio por parte das Coordenadorias Regionais:

[...] e também existem técnicos a nível estadual e regional insuficientes e com dificuldades tanto quanto nós para sanar as dúvidas. Qualificar melhor os profissionais para facilitar o auxílio aos municípios.

Além disso foram apresentados problemas e sugestões a respeito dos programas, evidenciando principalmente a preocupação com a agilidade na obtenção do retorno das informações:

Os dados são muitas vezes unidirecionais - onde não temos o retorno e o conhecimento do nosso trabalho - o que prejudica e muito - pois se falharmos em alguma ação, como saber? A demora no retorno, enquanto acontece, prejudica a avaliação - a tomada de decisão - plano de ação da equipe.

Também foi citada a preocupação com a fidedignidade dos dados, como demonstrado no comentário :

A realidade da população atual é diferente da população do IBGE. Isto prejudica nas metas a serem atingidas.

Outra preocupação evidente é com a particularidade de avaliação de indicadores em populações pequenas:

A avaliação de indicadores em municípios muito pequenos (1800 habitantes) é totalmente diferente dos médios e grandes municípios, pois os dados são praticamente "subjetivos". Há casos em que são analisados individualmente. Ex número de crianças vacinadas com terceira dose de DTP: se uma criança não vacinar a cobertura pode ser menor de 95%.

E com a estrutura destes municípios:

Achamos extremamente válida esta pesquisa, no sentido de conhecer a realidade dos pequenos municípios, onde a burocracia é enorme e os recursos humanos são insuficientes para atender todas as demandas, o que acaba sobrecarregando os profissionais.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concordando com Anjos (1996) quando diz que “a política de descentralização supõe um deslocamento de poder político, administrativo e tecnológico, diferindo da desconcentração, que seria a delegação de atribuições sem deslocamento de poder decisório”, e considerando que a descentralização representa, conforme Jacobi (1992 apud Anjos, 1996), a possibilidade de ampliação para o exercício dos direitos dos cidadãos, a autonomia da gestão municipal, a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e a potencialização de instrumentos adequados para um uso e redistribuição mais eficientes dos recursos públicos, não se pode conceber o processo de descentralização do sistema de saúde sem a apropriação das informações e tecnologias necessárias à sua obtenção por parte dos municípios.

Além disso, de acordo com Souza Campos (1989 apud Anjos, 1996),

o domínio de informações médicas, epidemiológicas e administrativas é essencial para que tanto os profissionais de saúde como a população possam participar desse processo moderno de gerência. A socialização do poder nos sistemas de saúde só será efetiva se acompanhada por um processo de socialização de informações de vários níveis.

Os SIS podem se constituir, neste contexto, em importante estratégia de socialização de informações não apenas entre os três níveis de governo, mas também entre prestadores e usuários, permitindo a constante avaliação das ações em saúde e potencializando a participação popular.

Ainda neste sentido, a apropriação das informações em saúde por parte dos municípios é de extrema importância, devido à possibilidade de facilitar a avaliação de questões locais e da maior proximidade com a população.

Este estudo não teve por missão apresentar a importância da adequação dos sistemas de informação em saúde às necessidades dos gestores municipais como novidade, mas, antes de tudo, chamar a atenção para a necessidade de medidas que permitam aos gestores municipais se apropriarem desta importante ferramenta de apoio à gestão, uma vez que o fortalecimento da descentralização

de fato, com a criação de condições de real transferência do poder gestor para o nível municipal, se torna importante estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

A avaliação da situação dos municípios gaúchos de pequeno porte, quase 70% dos municípios do Estado, traz informações que podem contribuir com a elaboração de políticas de apoio a estes municípios, fortalecendo a descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul.

Devem ser citadas, porém, as limitações deste trabalho. Merece ponderação o fato de que este traça um panorama das condições de utilização dos SIS nos municípios, sem permitir maior aprofundamento das questões, devido ao método utilizado. Além disso, o principal ponto fraco da *survey* por correspondência é o erro de não resposta, que costuma ser alto. Muitos estudos mostraram que respondentes com nível educacional mais alto ou mais interessados no assunto, geralmente representando os extremos da população em termos de opinião, respondem a este tipo de pesquisa (COOPER, 2003). Por outro lado, a parcela que não responde costuma ser formada em grande parte por não-respondentes habituais, que se caracterizam como um grupo de difícil contato e que requer ser contactado por outros instrumentos, além da remessa sucessiva de questionários (Goode e Hatt, apud CAPUCCI, 1999). Assim, poderia haver diferenças entre opiniões de respondentes e não-respondentes, determinando um possível viés.

Este tipo de viés pode ser minimizado por adoção de estratégias visando aumentar a probabilidade de retorno das respostas e de estudo do grupo de não-respondentes através de amostragem, conforme sugerido por Cooper (2003). Estas medidas foram tomadas, o que nos permitiu uma taxa de retorno satisfatória, além da possibilidade de ponderação dos resultados pela amostra de não-respondentes. Além disto, os municípios respondentes foram capazes de representar os municípios objetos deste estudo em termos de porte, tempo de emancipação e distribuição geográfica. Assim, se não esquecermos de ponderar que a amostra de municípios não-respondentes sugeriu uma insatisfação maior com os SIS, indicando que as dificuldades em sua utilização aqui identificadas podem estar ainda subestimadas, a extrapolação dos resultados aos municípios

gaúchos com menos de 10 mil habitantes pode ser feita com razoável margem de segurança.

Outra consideração deve ser feita em relação aos respondentes. Como a organização gerencial dos municípios é bastante heterogênea, as questões poderiam ser respondidas tanto pelo gestor municipal da saúde como por alguém por este designado. Assim, não sabemos ao certo o quanto as respostas aqui encontradas refletem a opinião do gestor ou a do pessoal técnico mais diretamente envolvido com o SIS.

Foi observado que a falta de estrutura para a utilização dos SIS não pareceu ser um problema crítico nos municípios estudados, embora 52% tivessem disponível conexão com Internet apenas por acesso discado, que costuma não ter boa qualidade, e 6% não dispunham de conexão até o final deste trabalho. Além disso, a falta de computadores foi apenas a quarta causa citada pelos municípios para a não utilização dos dados dos SIS.

Os SIS mais frequentemente alimentados por estes municípios são os relacionados a controle orçamentário ou a repasses financeiros do nível central. Os municípios alimentam os SIS de forma sistemática, achado compatível com o já citado estudo realizado por Moraes (1994), no qual em 80,6% dos SIS estudados os dados coletados eram registrados ou digitados sistematicamente, o que permitiria serem tratados e transformados em *informações*. Apesar disso, a análise dos dados nos municípios costuma ocorrer em proporção muito menor que a alimentação, e há sub-utilização principalmente de sistemas criados para serem operados de forma descentralizada, como o SINAN e o SIS-PNI, que possuem um importante potencial de contribuição para vigilância epidemiológica local.

Em relação à utilização das informações geradas pelos SIS, a maioria dos municípios citou seu uso no planejamento e gerenciamento da saúde, embora 37% não utilizem indicadores gerados localmente. A dificuldade em relação à identificação ou compreensão de indicadores desperta dúvidas quanto à fidedignidade das respostas a esta questão. Um estudo qualitativo envolvendo o processo de tomada de decisões nestes municípios poderia ser útil para elucidar quem são os municípios com dificuldades na utilização de indicadores e identificar melhor suas limitações.

O fato de grande parte dos municípios ter citado como importantes para tomada de decisões em nível local indicadores que são na verdade os solicitados pelo nível central, ou terem dificuldade em identificar o que seja um indicador de saúde, conforme demonstrado aqui, evidencia que há uma necessidade de apoio a estes gestores que antecede a de disponibilização das informações adequadas em tempo útil pelos SIS: a de apoio no processo de planejamento e tomada de decisões, para que os mesmos possam identificar adequadamente suas demandas e decidir localmente quais são as informações realmente relevantes para apoiar a tomada de decisões em nível local, auxiliando-os a apropriarem-se de fato deste processo.

Foi verificado que os SIS frequentemente utilizados pelos municípios são aptos a fornecer as informações consideradas atualmente importantes pelos mesmos, embora o retorno das informações dos níveis centrais tenha sido considerado satisfatório em termos de periodicidade e clareza para apenas 21% dos respondentes, indicando que o retorno destas aos alimentadores dos sistemas, potencialmente os principais usuários dos mesmos, ainda não é tratado de forma adequada. Neste sentido, merece atenção a carência de análise da adequação entre as informações demandadas pelos gerentes do Sistema de Saúde e as fornecidas pelos SIS, conforme identificado por Moraes (1994), que verificou que em 64% dos SIS não existia relato de mecanismos que tentassem aferir se eles estão atendendo aos usuários dos sistemas, e não existia nenhuma proposta para alterar ou aperfeiçoar o SIS neste sentido.

Adicionalmente, na avaliação das causas para a não utilização dos dados dos SIS na construção de indicadores para uso local, um achado interessante foi a falta de qualificação profissional ter sido tão frequentemente citada quanto a opinião de que os indicadores dos níveis centrais são suficientes para o planejamento local, não havendo a necessidade de se gerar outros indicadores. De acordo com estes resultados, e levando em consideração que o processo de descentralização ocorre de forma heterogênea também dentro do Estado, podemos supor a existência de duas realidades: a de municípios que ainda percebem a utilização dos SIS como uma tarefa a ser cumprida por ordem dos níveis centrais, e a de municípios que já visualizam o potencial destes sistemas, mas têm dificuldades em sua utilização. Isto também fica evidente através de

alguns comentários feitos pelos municípios e citados anteriormente, pontuando o reconhecimento da necessidade de qualificação dos profissionais para melhor utilização destes recursos.

Outros achados chamaram a atenção. Na grande maioria dos municípios, a organização da alimentação e análise dos dados dos SIS é feita por uma equipe responsável também por outras tarefas. Apenas 2,4% tinham uma pessoa ou equipe responsável somente por este trabalho. Estes achados, reforçados em alguns comentários citados anteriormente, sugerem que o investimento que estes municípios fazem ao SIS é considerável, sendo estas atividades realizadas às custas de sobrecarga de trabalho e escassez de recursos humanos.

Tais achados reforçam as ponderações de Takeda (2004), que lembra que quem coleta os dados são usualmente os membros das equipes de saúde que prestam assistência, o que envolve seu desvio de outras tarefas, treinamento, estímulo e supervisão, sendo muito difícil manter estimulada uma equipe para uma tarefa que parece não ter fim, e que a coleta contínua de dados pode banalizar a atividade, diminuindo a qualidade da informação. Também é relevante considerar, conforme Lima (2004), que as equipes despendem, em média, cinco dias úteis por mês para fechamento de relatórios, correspondendo a 25% de seu salário e tempo apenas no processo de consolidação das informações. Tamanho investimento deveria ter, então, retorno satisfatório.

Os achados, contudo, concordam com Bordignon (1996), que salienta que o simples preenchimento de formulários, sem problematização do conteúdo dos mesmos, restringe a informação a uma resposta burocrática, e que quando esta forma de registro é elaborada sem participação das equipes de saúde, distancia-se delas, aliena o trabalhador do produto de seu trabalho e, portanto, não potencializa a ação, através da não percepção do seu sentido. O mesmo distanciamento pode ser observado em relação ao gestor local da saúde.

De acordo com Moraes (1994), estabeleceu-se, entre os diferentes níveis da federação, uma relação burocratizada, onde o de maior abrangência (federal e/ou estadual) PERGUNTA e o de menor (estadual e/ou municipal) RESPONDE. Se, conforme identificado em alguns municípios que participaram deste trabalho, o gestor entende que precisa saber somente o que o Estado lhe perguntar, então sua necessidade é determinada pelo Estado, e a informação deve estar

disponível em tempo hábil apenas para o envio dos relatórios ao nível central, correspondendo a mais uma prática tecnocrática, “na qual a urgência de procedimentos e dos prazos para agregação de dados respondem unicamente às regras rígidas da burocracia e do financiamento do sistema” (BORDIGNON, 1996).

Destaca-se então a necessidade de qualificação do pessoal não apenas envolvido diretamente com os SIS, mas de todos os envolvidos com o planejamento, o que é de suma importância para melhor aproveitamento das informações. Para tanto, é importante que haja um deslocamento das discussões envolvendo os SIS, que devem ser focalizadas nas questões conceituais e das necessidades dos usuários, e não apenas no desenvolvimento de novas tecnologias.

Neste sentido, vale a pena destacar a atual Política Nacional de Informação e Informática em Saúde para o SUS, que defende que a informação e a informática em saúde devem ser tratadas como macro função estratégica de gestão do SUS. Neste novo paradigma, segundo o documento, o planejamento, a definição, a implantação e a avaliação dos sistemas de informação em saúde serão realizados de forma participativa contemplando as necessidades de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço e gestores das três esferas de governo, devendo enfrentar o desafio da integração e articulação das informações em saúde (<http://politica.datasus.gov.br/propostas.htm>).

Ressaltamos ainda como estratégia importante para qualificar as informações em saúde a consolidação do entendimento de seu sentido público, assim como o compromisso radical com a sua democratização e transparência, reconhecendo o direito que a sociedade brasileira tem de acessar as informações em saúde e participar das definições sobre o seu direcionamento (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003a).

Também consideramos indispensável, conforme citado em Silva, Carbori e Pires (1996),

que a união e o Estado cumpram seu papel, oferecendo garantias permanentes de cooperação técnica e financeira aos municípios para a execução de suas atividades e para a preparação de seus quadros

profissionais, especialmente nas áreas de planejamento, controle e avaliação, dentro da formação de gestores do sistema de saúde.

As coordenadorias regionais, por sua posição estratégica dentro da organização da gestão da saúde em nosso estado, devem merecer atenção especial como interlocutoras entre a SES-RS e os municípios. Uma avaliação dos mecanismos atualmente existentes de apoio e qualificação permanentes a estas entidades, visando seu fortalecimento, poderiam contribuir para o aprimoramento de seu importante papel de apoiadoras técnicas, auxiliando de fato a organização administrativa dos municípios.

Também deveria ser considerada uma avaliação, através de novo trabalho, das técnicas e objetivos utilizados atualmente nos treinamentos oferecidos pela SES-RS, a fim de fornecer subsídios para a elaboração e aprimoramento de novas atividades de qualificação profissional aos gestores municipais.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, Magda Duarte dos. **O processo de descentralização da gestão do Sistema Municipal de Saúde de Florianópolis**. 1996. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. :455-479, 2002.
- BORDIGNON, Milene de Oliveira. Informação em saúde: potencialização e sentido. In: BORDIN, Ronaldo et al. (Org.). **Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade**. Porto Alegre : Dacasa , 1996. p. 29.
- BORDIN, Ronaldo et al. (Org.). **Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade**. Porto Alegre : Dacasa , 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma operacional da assistência à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, fev. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma operacional da assistência à saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 jan. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 6 nov. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, maio 1993.
- CAPUCCI, Paulo Fernando. **Uso de indicadores em sistemas locais de saúde: um estudo sobre municípios entre 100 mil e 300 mil habitantes no Estado de São Paulo**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003a.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003b).
- COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.
- DADOS do Governo do RS. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em: 24 jul. 2004.

DUNCAN, Maria Inês Schmidt; GIUGLIANI, Elsa; DUNCAN, Bruce B. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

EDWARDS, Phil et. al. Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. **BMJ**, v. 324, 18 May 2002.

FERLA, Alcindo; FAGUNDES, Sandra (Org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

LIMA, Marcelo Vieira de. A informática médica na atenção primária. In: DUNCAN, Maria Inês Schmidt; GIUGLIANI, Elsa; DUNCAN, Bruce B. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDRONHO, Roberto A. et al. (Ed.) **Epidemiologia**. São Paulo: Ateneu, 2003.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania..** [S.l.]: Hucitec, 1994.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de. **Política, tecnologia e informação em saúde**. Casa da Qualidade, 2002.

MURRAY, Christopher J. L. et al. (Ed.). **Summary measures of population health : concepts, ethics, measurement and applications**. [S.l.]: World Health Organization, 2002.

NICÁCIO, José Ângelo. **Elementos necessários para o planejamento da sustentabilidade dos municípios de médio e pequeno porte**. 2002. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PÁGINA institucional da Dataprev. Disponível em: <<http://www.dataprev.gov.br>>. Acesso em: 31 maio 2004.

PÁGINA institucional da DataSus. Disponível em: <<http://politica.datasus.gov.br/propostas.htm>>. Acesso em: 20 novembro 2004.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Relatório de gestão do SUS no Rio Grande do Sul 1999-2002 – A**.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Plano diretor de regionalização da saúde**. [Porto Alegre], 2002b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. **Plano estadual de regulação, controle e avaliação das ações e serviços de saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2002c.

SILVA, Antônio Augusto Moura da et al. Avaliação da qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 1997-1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, dez. 2001.

SILVA, Aglaé Regina da; CARBORI, Marli Terezinha; PIRES, Vanise Tombesi. Controle e avaliação do SUS: competência e responsabilidade dos

municípios. In: BORDIN, Ronaldo et al. (Org.). **Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade**. Porto Alegre : Dacasa , 1996. p. 39.

SZWARCWALD, Célia L. et al. Estimção da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? **Rev Saúde Pública**, São Paulo, [2001].

TAKEDA, Sílvia. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, Maria Inês Schmidt; GIUGLIANI, Elsa; DUNCAN, Bruce B. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TOMASI, Elaine et al. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, dez. 2003.

VERMELHO, Leticia Legay. Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, Roberto A. et al. (Ed.) **Epidemiologia**. São Paulo: Ateneu, 2003.

APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO



Sr. Secretário e/ou representante,

Este material, parte de um projeto de mestrado em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tem por objetivo caracterizar a utilização dos sistemas de informação em saúde nos municípios de pequeno porte (menos de dez mil habitantes). Além disso, visa conhecer as expectativas e necessidades dos gestores quanto às informações consideradas necessárias à gestão da saúde em seus municípios.

Contamos com vossa participação através do envio das respostas, pois através do melhor conhecimento da realidade dos municípios pequenos esperamos poder colaborar com a geração de instrumentos que auxiliem a gestão municipal da saúde nestes locais.

Ressaltamos que as questões podem ser respondidas por V.S.a. ou por qualquer funcionário considerado apto. As informações serão tratadas em caráter confidencial, sem identificação da cidade e/ou responsável por fornecê-las.

Este mesmo material vos foi enviado também através de e-mail, e a resposta pode ser feita de acordo com vossa preferência, através do correio, ou eletronicamente, bastando clicar no link <http://famed.ufrgs.br/projetos/ana/index.php> constante em sua mensagem de e-mail, ou ainda através do fax (51) 3316-5327.

Quaisquer dúvidas, não hesite entrar em contato através do e-mail acvidor@famed.ufrgs.br, ou através do número (51) 9163-6223, diretamente comigo.

Mais uma vez agradecemos vossa colaboração.

Atenciosamente,

Ana Cristina Vidor

Mestranda em Epidemiologia
FAMED - UFRGS
R. Ramiro Barcelos, 488/211
90035-001 – Porto Alegre

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PRELIMINAR

Sr(a) Secretário(a) (ou representante),
 Este questionário, parte de um projeto de mestrado em epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, visa conhecer melhor a relação entre diversos sistemas de informação em saúde existentes no estado e os municípios de pequeno porte (menos de 10 000 hab). Contamos com sua contribuição para que **cada** município seja representado por **um** questionário.

O(a) Sr(a) concorda em responder este questionário? Sim Não

Município: _____

Responsável pelo preenchimento:

1 Quais sistemas de informação em saúde são alimentados em seu município? (assinale ...)

Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
 SIAIH

Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN

Sistema de Informações de Atenção Básica – SIAB

Outros

Sistema de Informações de Autorização de Internações Hospitalares -

Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA

Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Atenção

Nas questões abaixo, marque **uma** alternativa **para cada** sistema de saúde alimentado em seu município

2 No seu município a coleta de informações para os sistemas é organizada:

- A. Por uma pessoa, responsável exclusivamente por esta tarefa. C. Por uma pessoa, responsável também por outras tarefas.
- B. Por uma equipe, responsável apenas por esta tarefa. D. Por uma equipe, responsável também por outras tarefas

tarefas

SIM	SINAN	SIAB	SIAIH	SIA	SINASC	_____	_____	_____	_____	_____
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D

3 A(s) pessoa(s) responsável(eis) pela coleta de dados tem formação:

- a. Na área da saúde B. Na área da informática. C. Em ambas D. Em outra área (neste caso, escreva a área de formação)

SIM	SINAN	SIAB	SIAIH	SAI	SINASC	_____	_____	_____	_____	_____
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D

4 A(s) pessoa(s) responsável(eis) pela coleta de dados:

- A. É estagiária. B. É contratada em regime de CLT. C. É funcionária estatutária. D. É prestadora de serviços.

SIM	SINAN	SIAB	SIAIH	SIA	SINASC	_____	_____	_____	_____	_____
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D

5 Dos sistemas de informação alimentados em seu município, quais têm os dados analisados em nível municipal?

- Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM
 Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN
 Sistema de Informações de Atenção Básica – SIAB
 Outros
- Sistema de Informações de Autorização de Internações Hospitalares - SIAIH
 Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA
 Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

6 Dos analisados em nível municipal, quem realiza esta atividade:

- a. É a mesma pessoa envolvida com a coleta dos dados.
 b. Pela mesma equipe envolvida com a coleta de dados.
 c. Por uma pessoa não envolvida com a coleta dos dados.
 d. Por uma equipe não envolvida com a coleta dos dados.

Questão 6	SIM	SINAN	SIAB	SIAIH	SIA	SINASC	_____	_____	_____	_____	_____
	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D

Para os sistemas que tiveram resposta A ou B na pergunta anterior, desconsidere as perguntas 7 e 8.

7 A(s) pessoa(s) responsável(eis) pela análise de dados tem formação:

- a. Na área da saúde B. Na área da informática. C. Em ambas D. Em outra área (neste caso, escreva a área de formação)

SIM	SINAN	SIAB	SIAIH	SIA	SINASC	_____	_____	_____	_____	_____
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D

8 A(s) pessoa(s) responsável(eis) pela análise de dados:

- A. É estagiária. B. É contratada em regime de CLT. C. É funcionária estatutária. D. É prestadora de serviços.

SIM	SINAN	SIAB	SIAIH	SIA	SINASC	_____	_____	_____	_____	_____
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D

9 Em relação aos resultados das análises dos dados

- a. Não há análise de dados no município
 b. Geram indicadores de saúde, que ainda não são utilizados nas tomadas de decisões de políticas de saúde.
 c. Os dados são analisados, mas não estão sendo utilizados no momento
 d. Geram indicadores que influenciam o planejamento e gerenciamento da saúde local.

SIM	SINAN	SIAB	SIAIH	SIA	SINASC	_____	_____	_____	_____	_____
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D

10 Os dados e resultados de análises costumam ser enviados às coordenadorias regionais e/ou Secretaria Estadual (pode escolher mais de uma opção para cada sistema):

- a. Em formulários de papel. B. Via internet. C. Em disquetes e/ou CDs. D. Em formato BBS.

SIM	SINAN	SIAB	SIAIH	SIA	SINASC	_____	_____	_____	_____	_____
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D

11 **Quantos computadores** estão disponíveis em seu município para uso dos sistemas de informação **e quais os sistemas operacionais** que estão sendo utilizados?

	Número
Windows 3.1 ou DOS	
Windows 95 /98	
Windows 2000/NT/XP	
Outro (Ex. Linux)	

12 Há conexão com internet nos computadores da Secretaria Municipal?

- Não Sim, através de acesso discado Sim, através de acesso rápido (tipo “banda larga”).

13 Quantos computadores são interligados em rede municipal (rede local)? _____ () Nenhum

14 O resultado das análises realizadas pela Secretaria da Saúde do Estado e/ou pelo Ministério da Saúde:

- Retornam ao município de forma clara e com periodicidade adequada para uso no planejamento das ações de saúde;
- Retornam ao município de forma clara, mas com periodicidade insuficiente;
- Retornam ao município em periodicidade adequada, mas algo confusas, dificultando sua utilização;
- Frequentemente não retornam ao município.

SIM	SINAN	SIAB	SIAIH	SIA	SINASC	_____	_____	_____	_____	_____
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D

15 Qual das seguintes medidas seria a de maior impacto no melhor aproveitamento dos sistemas de informação em saúde em seu município?

- () Aumento no número de máquinas (computadores). () Melhor integração entre os técnicos em informática e os profissionais da saúde.
- () Treinamento em informática dos profissionais mais envolvidos com os sistemas. () Melhores programas (softwares).
- () Agilização do envio dos resultados da análise de dados ao município ("feedback"). () Melhor compreensão dos objetivos de cada sistema.

16 Comentários e sugestões:

Muito obrigado por sua colaboração.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DEFINITIVO

Questionário aos municípios

%Sr(a) Secretário(a) (ou representante),

Este questionário visa conhecer melhor a relação entre diversos sistemas de informação em saúde existentes no Estado e os municípios de pequeno porte. Contamos com vossa contribuição para que cada município seja representado por um questionário.

O(a) Sr(a) concorda em responder este questionário? Sim Não

Nome do Município: _____

Condição de Gestão do Município: _____

Responsável pelo preenchimento: _____

Nome: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

2. Assinale todos sistemas de informação em saúde que são alimentados (informatizados ou em papel) em seu município (caso exista algum sistema empregado e não citado, favor enumerá-lo na linha ao lado de "outros").

- SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
 - SIAIH - Sistema de Informações de Autorização de Internações Hospitalares
 - SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação
 - SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
 - SIAB - Sistema de Informações de Atenção Básica
 - SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
 - SIFAB – Sistema de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
 - SIGAB – Sistema de Gerenciamento de Unidade de Atenção Básica
 - SIS-PNI – Sistema de Informação em Saúde o Programa Nacional de Imunizações
 - SIS HIPERDIA – Sistema de Informação em Saúde de portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
 - SIS-PRE-NATAL
 - SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e de Nutrição
 - SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
 - SIST – Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador
 - SISMAL – Sistema de Informação de Malária
 - SIRH-SUS – Sistema de Informações sobre Recursos Humanos para o SUS
 - Sistema de cadastro de beneficiários de planos e seguros privados de saúde
- Outros: _____

3. No seu município, a coleta de informações para os sistemas é organizada majoritariamente:

Por uma pessoa responsável apenas por esta tarefa

Por uma pessoa responsável também por outras tarefas

- Por uma equipe responsável apenas por esta tarefa
- Por uma equipe responsável também por outras tarefas

4. A pessoa e/ou equipe responsável pela coleta de dados tem formação majoritária:

- Na área da saúde
- Na área da informática
- Em ambas
- Em outra área. (Qual? _____)

5. A pessoa e/ou equipe responsável pela coleta de dados:

- É estagiária
- É contratada em regime de CLT
- É funcionária estatutária
- É prestadora de serviços (terceirizada)
- É cargo de confiança

6. Dos sistemas de informação alimentados em seu município, quais têm os dados analisados em nível municipal?

- SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
- SIAIH - Sistema de Informações de Autorização de Internações Hospitalares
- SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação
- SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
- SIAB - Sistema de Informações de Atenção Básica
- SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
- SIFAB – Sistema de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
- SIGAB – Sistema de Gerenciamento de Unidade de Atenção Básica
- SIS-PNI – Sistema de Informação em Saúde o Programa Nacional de Imunizações
- SIS HIPERDIA – Sistema de Informação em Saúde de portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
- SIS-PRE-NATAL
- SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e de Nutrição
- SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
- SIST – Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador
- SISMAL – Sistema de Informação de Malária
- SIRH-SUS – Sistema de Informações sobre Recursos Humanos para o SUS
- Sistema de cadastro de beneficiários de planos e seguros privados de saúde
- Outros _____

7. Dos analisados em nível municipal, esta atividade é realizada majoritariamente:

- Pela mesma pessoa responsável pela coleta de dados
- Pela mesma equipe responsável pela coleta de dados

- Por uma pessoa não envolvida com a coleta de dados
- Por uma equipe não envolvida com a coleta de dados
- Não há análise de dados em nível municipal.

As perguntas 7 e 8 devem ser respondidas apenas se os responsáveis pela análise dos dados não são os mesmos responsáveis pela coleta. Caso sejam os mesmos, passe direto à questão 9.

8. A pessoa ou chefe da equipe responsável pela análise de dados tem formação majoritária:

- Na área da saúde
- Na área da informática
- Em ambas
- Em outra área. (Qual? _____)
- Não há análise de dados em nível municipal.

9. A pessoa ou chefe da equipe responsável pela análise de dados:

- É estagiária
- É contratada em regime de CLT
- É funcionária estatutária
- É prestadora de serviços
- É cargo de confiança
- Não há análise de dados em nível municipal.

10. Em relação aos resultados das análises dos dados:

- Não há análise de dados no município
- Há análise, mas os dados ainda não são utilizados
- Geram indicadores que são utilizados no planejamento e gerenciamento da saúde no município

11. Os dados e resultados de análises costumam ser enviados às coordenadorias regionais e/ou Secretaria Estadual (pode escolher mais de uma opção para cada sistema):

	Em formulários de papel	Via internet	Em formato BBS	Em disquetes e/ou CDs	Outro (qual?)
--	-------------------------	--------------	----------------	-----------------------	---------------

SIM					_____
SINAN					_____
SIAB					_____
SIAIH					_____
SIA					_____
SINASC					_____
SIFAB					
SIGAB					
SIS-PNI					
SIS HIPERDIA					
SIS-PRE-NATAL					
SISVAN					
SIOPS					
SIST					
SISMAL					
SIRH-SUS					
OUTROS _____					_____
OUTROS _____					_____

12. **Quantos computadores** estão disponíveis em seu município para uso dos sistemas de informação e **quais os sistemas operacionais** que estão sendo utilizados?

	Quantidade
Windows 3.1 ou DOS	
Windows 95 /98	
Windows 2000/NT/XP	
Outro (Ex. Linux)	

13. Há conexão com internet nos computadores da Secretaria Municipal?

- Não
- Sim, através de acesso discado
- Sim, através de acesso rápido (tipo "banda larga").
- Sim, através de link de rádio.

14. Quantos computadores são interligados em rede municipal (rede local)? _____ () Nenhum

15. O resultado das análises realizadas pela Secretaria da Saúde do Estado e/ou pelo Ministério da Saúde:

- Retornam ao município de forma clara e com periodicidade adequada para uso no planejamento das ações de saúde.
- Retornam ao município de forma clara, mas com periodicidade insuficiente.

- Retornam ao município em periodicidade adequada, mas algo confusas, dificultando sua utilização.
- Retornam ao município de forma confusa e com periodicidade insuficiente.
- Frequentemente não retornam ao município.

16. Quais os indicadores/dados estatísticos considerados os mais importantes no planejamento das ações de saúde no seu município? (citar até 10 indicadores).

17. Com os dados disponíveis nos sistemas de informação, o município está podendo, neste momento, gerar indicadores de saúde de acordo com as suas necessidades?

- Sim, nossas necessidades são plenamente satisfeitas
- Sim, quase todos os indicadores de que necessitamos são gerados com estes dados
- Sim, alguns indicadores de que necessitamos são gerados a partir destes dados
- Não, muito poucos indicadores de que necessitamos podem ser gerados com estes dados
- Não estamos conseguindo gerar com estes dados nenhum dos indicadores de que necessitamos

18. Caso a resposta seja não, o principal motivo é (apenas um):

- Falta de máquinas (computadores) em número adequado.
- Dificuldade na comunicação entre os técnicos em informática e os profissionais da saúde.
- Treinamento insuficiente dos profissionais mais envolvidos com os sistemas.
- Os sistemas de informação não permitem que se trabalhe em cima do banco de dados, permitindo apenas a alimentação dos mesmos.
- Os principais indicadores já vêm prontos do nível central, não havendo necessidade de criar novos indicadores.
- Outro _____

19. COMENTÁRIOS E SUGESTÕES:

Muito obrigado por sua colaboração.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DA AMOSTRA

Nome do Município: _____

Condição de Gestão do Município: _____

1. Quantos computadores estão disponíveis em seu município para uso dos sistemas de informação em saúde? (Se a resposta for "nenhum", ir para a questão 6)
2. E destes, quantos utilizam Windows 3.1 ou DOS?
3. E Windows 95 ou 98?
4. E Windows 2000 ou NT ou XP?
5. Utilizam Linux ou algum outro ?
6. Há conexão com internet nos computadores da Secretaria Municipal?(Se resposta negativa, ir para pergunta 8)
7. É através de acesso discado, banda larga ou link de rádio?
8. Quantos computadores são interligados em rede municipal?
9. Em relação às análises dos dados dos SIS que são feitas pela Secretaria Estadual ou Ministério da Saúde, os resultados retornam ao município?
10. E estas informações retornam de forma clara ou confusa?
11. E a periodicidade deste retorno é adequada para uso das informações no planejamento da saúde?
12. O município está conseguindo, com os dados dos SIS, gerar indicadores de saúde de acordo com as suas necessidades? Vou apresentar cinco alternativas, e o(a) Sr(a) escolhe a que mais representa sua opinião:
 - a. Nossas necessidades são plenamente satisfeitas
 - b. Quase todos os indicadores de que necessitamos são gerados com estes dados
 - c. Alguns indicadores de que necessitamos são gerados a partir destes dados
 - d. Muito poucos indicadores de que necessitamos podem ser gerados com estes dados
 - e. Não estamos conseguindo gerar com estes dados nenhum dos indicadores de que necessitamos
(se resposta = "a", "b" ou "c", ir para questão 14)
13. Dos itens que vou ler agora, qual o Sr(a) acha que representa o principal motivo para isso?
 - a. Falta de máquinas (computadores) em número adequado.
 - b. Dificuldade na comunicação entre os técnicos em informática e os profissionais da saúde.
 - c. Treinamento insuficiente dos profissionais mais envolvidos com os sistemas.
 - d. Os sistemas de informação não permitem que se trabalhe em cima do banco de dados, permitindo apenas a alimentação dos mesmos.
 - e. Os principais indicadores já vêm prontos do nível central, não havendo necessidade de criar novos indicadores.
 - f. Outro _____
14. O(a) Sr(a) gostaria de fazer algum comentário ou sugestão?
15. Para identificarmos se houve alguma falha em nosso fluxo com os questionários, ou alguma dificuldade especial da secretaria, o(a) Sr(a) poderia nos dizer qual o motivo para não terem enviado o questionário?

APÊNDICE E - AGRUPAMENTO DAS RESPOSTAS CITADAS COMO INDICADORES

SIS	TODOS OS SIS CITADOS; INDIVIDUALMENTE OU EM CONJUNTO (EX, SIS-PNI, SIAB).
IMUNIZAÇÃO	IMUNIZAÇÃO; COBERTURA VACINAL DE ROTINA; TAXA DE COBERTURA VACINAL + 60ANOS; VACINACAO; VACINACAO 95%; VACINAÇÃO 100%; COBERTURA VACINAL; ATINGIR 70% DA POPULAÇÃO COM 60 E MAIS ANOS VACINADAS CONTRA INFLUENZA NA CAMPANHA ANUAL; VACINAÇÃO DE ROTINA; VACINAÇÕES DE ROTINA E CAMPANHA; APLICAÇÃO DE VACINAS; DADOS ESTATÍSTICOS DE VACINAÇÃO; VACINAS; COBERTURA VACINAL ROTINA + CAMP EM 100%; NÚMERO DE PESSOAS VACINADAS NAS CAMPANHAS; ACOMPANHAMENTO DAS VACINAS DE CRIANÇAS ATÉ 2 ANOS DE IDADE; COBERTURA VACINAL POR DTP EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE; COBERTURA VACINAL CONTRA INFLUENZA EM IDOSOS; DOSES DAS DIVERSAS VACINAS APLICADAS.
MORTALIDADE INFANTIL	MORTALIDADE INFANTIL E/OU MATERNA; ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO; COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL; ÓBITO INFANTIL; MENORES DE 1 ANO POR CAUSAS EVITÁVEIS; DADOS DE MORTALIDADE INFANTIL; NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE; TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.
CONTROLE DM	CONTROLE DM; ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DM; DIABÉTICOS; ACOMP DM 100%; INCIDENCIAS DE DM/HAS; DIABÉTICOS ACOMPANHADOS; DIABÉTICOS E HIPERTENSOS CADASTRADOS E ACOMPANHADOS; ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS; DIABETES; DIABETES MELLITUS; HIPERTENSOS E DIABÉTICOS; NÚMERO DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS ACOMPANHADOS; ACOMPANHAMENTO DE HA E DIA; CASOS DE HIPERTENSÃO E DIABETES; ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS, DIABÉTICOS E GESTANTES; CADASTRO + ACOMP DIABÉTICOS; HIPERTENSÃO ARTERIA E DIABETES; HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETE MELITUS; REUNIÕES COM GRUPOS DE HIPERTENSOS, DIABÉTICOS; DIABETES MELITUS; TAXA DE INTERNAÇÃO POR DM; TAXA DE INTERNAÇÃO POR DIABETES E HIPERTENSÃO; TAXA DE INTERNAÇÃO DM POP 30 ANOS OU MAIS; PROPORÇÃO DE INTERNAÇÃO POR DIABETES MELITUS.
CONTROLE HAS	ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DM; INCIDENCIAS DE DM/HAS; DIABÉTICOS E HIPERTENSOS CADASTRADOS E ACOMPANHADOS; CADASTRO E ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS; ACOMPANHAMENTO DE DM E HAS; HIPERTENSOS E DIABÉTICOS; ACOMPANHAMENTO DE HA E DIA; NÚMERO DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS ACOMPANHADOS; CASOS DE HIPERTENSÃO E DIABETES; ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS, DIABÉTICOS E GESTANTES; HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES; HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETE MELITUS; REUNIÕES COM GRUPOS DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS; CONTROLE HAS;

	HIPERTENSOS; ACOMP HAS 100%; DOENÇA HIPERTENSIVA; CADASTRO + ACOMP HIPERTENSOS; HIPERTENSÃO ARTERIAL; HIPERTENSÃO; CADASTRO + ACOMP HIPERTENSOS; HIPERTENSOS ACOMPANHADOS; HIPERTENSOS (CONTROLE ABSOLUTO); TAXA DE INTERNAÇÃO POR DIABETES E HIPERTENSÃO.
CONTROLE DST/AIDS	CONTROLE DST/AIDS; DST; ACONSELHAMENTO ANTI-HIV; PREVENÇÃO DST/AIDS; HIV; DST E AIDS; AIDS; ACONSELHAMENTO ANTI-HIV.
INTERNACOES (CAUSAS)	TAXA DE INTERNACAO POR AVC; AVC; TAXA DE INTERNAÇÃO POR IRA EM >5ANOS; TAXA DE INTERNACAO POR IRA; TAXA INTERNACAO POR IRA <5ANOS; INTERNACOES (CAUSAS); TAXA DE INTERNAÇÃO POR ICC; TAXA DE INTERNAÇÃO POR AVC POP 30 A 59 ANOS; INTERNAÇÕES COM SUAS CAUSAS; INTERNAÇÕES HOSPITALARES CONFORME CAUSAS; MOTIVO DAS INTERNAÇÕES; TAXA DE INTERNAÇÃO POR IRA EM <5ANOS; TAXA DE INTERNAÇÕES POR IRA EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE.
NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES	NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES; INTERNACOES HOSPITALARES; HOSPITALIZAÇÕES; NÚMERO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES; INTERNAÇÕES; TAXA DE INTERNAÇÕES; TAXA DE INTERNAÇÃO.
MORTALIDADE	MORTALIDADE GERAL; MORTALIDADE; ÓBITOS; TAXA DE MORTALIDADE; MORTALIDADE HOSPITALAR; TAXA DE MORTALIDADE DE MULHERES POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMAS; TAXA MORTALIDADE MATERNA; MORTALIDADE DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL; CAUSAS DE MORTALIDADE; TAXA DE MORTALIDADE POR CA MAMA E ÚTERO; MORTALIDADE MATERNA; CAUSAS DE MORTE; INDI SIST MORTALIDADE; TAXA DE MORTALIDADE DE MULHERES POR CÂNCER DE COLO DE ÚTERO; TAXA DE MORTALIDADE DE MULHERES POR CÂNCER DE MAMA; CAUSAS DE MORBIMORTALIDADE; ÓBITO MATERNO; TODOS, PRINCIPALMENTE OS DE MORTALIDADE; ÓBITOS MATERNOS.
PRÉ-NATAL	ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS, DIABÉTICOS E GESTANTES; CONTROLE DE PRÉ-NATAL PRECOCE; ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL; COBERTURA PRÉ-NATAL; GESTANTES; ASSISTENCIA PRE-NATAL; ACOMP GESTANTES 100%; ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES; GESTANTES (CONTROLE E ACOMPANHAMENTO); ACOMPANHAMENTO GESTACIONAL; PRÉ-NATAL (GESTANTES ACOMPANHADAS); ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES E NUTRIZES; DADOS DE PRÉ-NATAL; CONSULTAS PRÉ-NATAL; GESTANTES (PRÉ-NATAL); GESTANTES COM MENOS DE 7 CONSULTAS PRÉ-NATAL; QUANTIDADE DE GESTANTES; NÚMERO DE GESTANTES; CADASTRO + ACOMP GESTANTE MENSAL; ATENÇÃO À GESTANTE; NÚMERO DE GESTANTES ACOMPANHADAS; PRÉ-NATAL.
GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA	GRAVIDEZ NA ADOLESCENCIA; GRAVIDEZ EM <20 ANOS; PERCENTUAL DE PARTO EM MÃE ADOLESCENTE.
PROPORÇÃO DE PARTOS CESARIANOS	PROPORÇÃO DE PARTOS CESARIANOS; PROPORÇÃO DE PARTOSxCESÁREAS.
ESTATISTICAS DE NASCIMENTO	ESTATISTICAS DE NASCIMENTO; PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO; BAIXO PESO AO NASCER; NASCIDOS VIVOS COM PESO NORMAL; NASCIMENTOS; PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS COM 7 OU + CONSULTAS DE PRÉ-NATAL; NASCIDOS VIVOS; NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 4 OU + CONSULTAS DE PRÉ-NATAL; COEFICIENTE DE NASCIDOS VIVOS; PERCENTUAL DE NASCIMENTOS COM DURAÇÃO DA

	GESTAÇÃO ATÉ 36 SEMANAS; PERCENTUAL DE NASCIMENTOS COM 4 OU MAIS CONSULTAS PRÉ-NATAL; PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 4 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL.
SAÚDE DA CRIANÇA	SAÚDE DA CRIANÇA; ACOMPANHAMENTO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA; CRIANÇAS; PUERICULTURA.
SAÚDE DA MULHER	PREVENTIVO DE COLO UTERINO E MAMAS; COLETA CP; COLPOSCOPIA; SAÚDE DA MULHER; PREVENÇÃO (CP, MAMA, PRÓSTATA); EXAMES PREVENTIVOS (CP, MAMA, BK, HIV); RAZÃO ENTRE EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO-VAGINAIS EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAXA ETÁRIA; EXAMES PREVENTIVOS DE CÂNCER DE ÚTERO; PALPAÇÃO DE MAMA; IND SAÚDE DA MULHER; EXAMES CITOPATOLÓGICOS; COLETA DE MATERIAL CITOPATOLÓGICO EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL; CITOPATOLÓGICO; PERCENTUAL DE MULHERES QUE REALIZAM CP/ANO; CAMPANHAS DE EXAME CITOPATOLÓGICO EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS.
PLANEJAMENTO FAMILIAR	PLANEJAMENTO FAMILIAR; CONTROLE DE NATALIDADE.
NATALIDADE	NATALIDADE; COEFICIENTE DE NATALIDADE.
ALCOOLISMO	ALCOÓLATRAS; ACOMP ALCOOL 80%; INCIDÊNCIA AO ALCOOLISMO; ALCOOLISMO.
SAÚDE BUCAL	NUMERO DE ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS; COBERTURA DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA; PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM AÇÕES ODONTOLÓGICAS; ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO; PREVENÇÃO SAÚDE BUCAL; EXODONTIAS; RESTAURAÇÕES; EQUIPE SAÚDE BUCAL; IND SAÚDE BUCAL; ÍNDICE CEO; ÍNDICE CPOD; % DE EXODONTIAS EM RELAÇÃO ÀS AÇÕES ODONTOLÓGICAS BÁSICAS INDIVIDUAIS; PROPORÇÃO DE ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS/EXODONTIAS; PROCEDIMENTOS COLETIVOS ODONTOLÓGICOS; ÍNDICE ISG; ODONTOLOGIA; NÚMERO DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA; PROPORÇÃO DE EXODONTIAS POR DENTE RESTAURADO; NÚMERO DE ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS.
INCIDÊNCIAS DE CANCER DE COLO UTERINO/MAMAS	INCIDÊNCIAS DE CANCER DE COLO UTERINO/MAMAS; CA COLO DE ÚTERO E MAMA.
MONITORAMENTO DE DOENÇAS DIARREICAS	DIARREIA E IRAS EM CRIANÇAS; MONITORAMENTO DE DOENÇAS DIARREICAS; CONTROLE DAS DOENÇAS DIARRÉICAS; DOENÇAS DIARREICAS; DISENTERIA.
SAÚDE DO TRABALHADOR	SAÚDE DO TRABALHADOR; ACIDENTES NO TRABALHO POR FALTA DE EQUIPAMENTOS
ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO; MORBIDADE DO IDOSO; IDOSOS; TERCEIRA IDADE; ATENÇÃO AO IDOSO.
EXAMES PREVENTIVOS (PRÓSTATA, BK, HIV)	PREVENÇÃO (CP, MAMA, PRÓSTATA), EXAMES PREVENTIVOS (CP, MAMA, BK, HIV), PRÓSTATA,
IMUNOBIOLOGICAS	IMUNOBIOLOGICAS
CONTROLE DE DOENÇAS (DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO)	CONTROLE DE DOENÇAS (DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO)
DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS	DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS; DOENÇAS CARDIOVASCULARES; AGRAVOS CRÔNICOS DEGENERATIVOS.
CONTROLE DE TUBERCULOSE	TAXA DE 0% DE PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE E TB; PROPORÇÃO DE ABANDONO DE TRATAMENTO TB; CONTROLE DE TUBERCULOSE; TUBERCULOSE (TRATAMENTO ACOMPANHADO E MONITORADO); TUBERCULOSE
CONTROLE DE HANSENÍASE	TAXA DE 0% DE PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE E TB;; CONTROLE DE HANSENÍASE

CONTROLE DA DENGUE	CONTROLE DA DENGUE
DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA	NUMERO DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA; NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS; DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA; DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.
DOENÇAS EPIDEMIOLÓGICAS	DOENÇAS EPIDEMIOLÓGICAS;
IRAS	IRAS; RESFRIADOS (GRIPE); INFECÇÃO PULMONAR; IRAS EM MENORES DE 5 ANOS; IRAS EM MAIORES DE 5 ANOS.
ONCOLOGIA	ONCOLOGIA
TABAGISMO	TABAGISMO
SAÚDE MENTAL	PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA E MENTAL; ATENDIMENTOS SAÚDE MENTAL; SAÚDE MENTAL
INDICADORES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA	MONITORAÇÃO DE AGRAVOS DE RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA; INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA; EPIDEMIOLÓGICO; NOTIFICAÇÕES; INDICADORES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SANITÁRIA; VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA; VIGILÂNCIA (EPID E SANIT); INDI VIG SANITÁRIA; VIGILÂNCIA; CONTROLE E NOTIFICAÇÃO DE AGRAVOS.
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRIÇÃO	ACOMPANHAMENTO DE DESNUTRIDOS; CARÊNCIA NUTRICIONAL; DESNUTRIÇÃO; VIGILÂNCIA ALIMENTAR; INDIC VIG ALIM E NUTR; CONTROLE DE OBESIDADE/SOBREPESO; CRIANÇA DE BAIXO PESO; VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRIÇÃO; NÚMERO DE CRIANÇAS COM BAIXO PESO ACOMPANHADAS; CRIANÇAS COM BAIXO PESO.
COBERTURA E ACOMPANHAMENTO PSF	COBERTURA DE 100% DO PSF; PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA; COBERTURA POP PELO PSF; COBERTURA E ACOMPANHAMENTO PSF; PROPORÇÃO DE POPULAÇÃO COBERTA PELO PSF;
VISITAS DOMICILIARES	VISITAS DOLICILIARES PELOS ACS; VISITAS DOMICILIARES POR OUTROS PROFISSIONAIS; VISITAS DOMICILIARES; SAÚDE FAMILIAR (AGENTES DE SAÚDE VISITANDO E CONTROLANDO); VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA; QUANTIDADE DE VISITAS DOMICILIARES; NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA/MÊS PELA EQUIPE PSF; VISITAS DOMICILIARES; MÉDIA VISITAS DOMICILIARES; NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS PELOS PROFISSIONAIS;
AÇÕES EDUCATIVAS E PREVENTIVAS	AÇÕES EDUCATIVAS E PREVENTIVAS; PREVENÇÃO; ATIVIDADES EDUCATIVAS.
INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS	INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS; AÇÕES EM ATENÇÃO BÁSICA ATRAVÉS DE INDICADORES RETIRADOS DO SIAB (ACOMPANHAMENTO, IMUNIZAÇÕES, VIGILÂNCIA, SANEAMENTO, PATOLOGIAS, IRA DIARRÉIA)
IND PACS	IND PACS
CID	CID
DADOS DO IBGE	DADOS DO IBGE
PERCENTUAL INVESTIDO NA ÁREA DA SAÚDE	PERCENTUAL INVESTIDO NA ÁREA DA SAÚDE
VALOR GASTO COM MEDICAMENTOS	VALOR GASTO COM MEDICAMENTOS
DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS	DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS
ALIMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES	ALIMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES; CADASTRO CARTÃO SUS
PRODUTIVIDADE	EXAMES LABORATORIAIS POR HABITANTE/ANO; NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS; COBERTURA DE CONSULTAS BÁSICAS; CONSULTAS MÉDICAS MENSAIS; CONSULTAS MEDICAS NAS

	ESPECIALIDADES BÁSICAS 100%; MÉDIA DE CONSULTAS POR HABITANTES; PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS; CONSULTAS NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS POR HABITANTES; QUANTIDADE DE CONSULTAS/HABITANTE/ANO; ACOMPANHADOS; PRODUTIVIDADE; NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS NAS ESPECIALIZADAS BÁSICAS/HABITANTE; ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS; MÉDIA CONSULTA EQUIPE BÁSICA; CONSULTA E ATENDIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA; NÚMERO DE ATENDIMENTOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE; MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS POR HABITANTE; CONSULTAS MÉDICAS/HABITANTES/ANO;
ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTAS	ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTAS
DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL	DISTRIBUIÇÃO POPULACIONAL
SANEAMENTO BÁSICO	SANEAMENTO BÁSICO; SANEAMENTO; ABRANGÊNCIA DO SANEAMENTO BÁSICO;
CONTROLE E QUALIDADE DA ÁGUA	CONTROLE E QUALIDADE DA ÁGUA; TRATAMENTO DA ÁGUA; CONTROLE DA ÁGUA;
MORBIDADE	MORBIDADE

ANEXO A – HABILITAÇÃO À GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA

Responsabilidades:

- a) elaboração da programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual;
- b) gerência de unidades ambulatoriais próprias;
- c) gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades;
- d) reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- e) prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS;
- f) contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB;
- g) operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional;
- h) autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;
- i) manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;
- j) avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente;
- k) execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS;
- l) execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD;
- m) elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

Requisitos:

- a) comprovar o funcionamento do CMS;
- b) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- c) apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação;
- d) comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão;
- e) comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor;
- f) formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada;
- g) dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados;
- h) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;
- i) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica;
- j) comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

Prerrogativas:

- a) transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB);
- b) transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS);
- c) transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças;
- d) subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

Habilitação à Gestão Plena do Sistema Municipal

Responsabilidades:

- a) elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual;

- b) gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência;
- c) gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades;
- d) reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços;
- e) garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS;
- f) normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal;
- g) contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM;
- h) administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade, conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais;
- i) operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional;
- j) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;
- k) avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente;
- l) execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS;
- m) execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

Requisitos:

- a) comprovar o funcionamento do CMS;
- b) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- c) participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação;
- d) comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao

pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus munícipes;

- e) comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor;
- f) formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada;
- g) dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados;
- h) apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento;
- i) comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;
- j) comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses;
- k) apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS;
- l) assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas;
- m) comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA);
- n) comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

Prerrogativas:

- a) transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA);
- b) normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB;
- c) transferência regular e automática Fundo a Fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS);

- d) remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município;
- e) subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal;
- f) transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

ANEXO B - HABILITAÇÃO À GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA

Responsabilidades:

- a) elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- b) integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal;
- c) gerência de unidades ambulatoriais próprias;
- d) gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União;
- e) organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, quando excepcionalmente houver prestadores privados nesse nível e atenção;
- f) cumprimento das responsabilidades definidas no Subitem 7.1 - Item 7 - Capítulo I desta Norma;
- g) disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme descrito no Subitem 7.3 - Item 7 - Capítulo I desta Norma;
- h) desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- i) prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES;
- j) desenvolver as atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS;
- k) operação do SIA/SUS e o SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais;

- l) autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;
- m) manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- n) Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica;
- o) execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- p) execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências morbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com a normatização vigente;
- q) elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS;
- r) firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o estado.

Requisitos:

- a) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;
- b) comprovar o funcionamento do CMS;
- c) apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- d) comprovar, formalmente, capacidade técnica e administrativa para o desempenho das
- e) atividades de controle, e avaliação, através da definição de estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação;
- f) comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;
- g) estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;
- h) comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento à CIT:
 - 1. desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;
 - 2. alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde já existentes e dos que vierem ser criados conforme portaria;

3. disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;
 4. disponibilidade de serviços para realização do elenco de procedimentos básicos ampliado - EPBA.
- i) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações básicas de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA;
 - j) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações básicas de vigilância epidemiológica;
 - k) formalizar junto a CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas:

- a) transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A), correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária;
- b) gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas) integrantes do SUS, localizadas no território municipal;
- c) transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.

Habilitação à Gestão Plena do Sistema Municipal:

Responsabilidades:

- a) elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde;
- b) integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.
- c) gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares;
- d) gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União;
- e) gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único, ressaltando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o
- f) disposto na letra c do Item 57 - Capítulo III desta Norma;
- g) desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços;

- h) garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população
- i) referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território;
- j) integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares;
- k) desenvolver as atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS;
- l) operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual;
- m) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS;
- n) avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente;
- o) execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária,
- p) pactuadas na CIB;
- q) execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB;
- r) firmar o Pacto da Atenção Básica com o estado.

Requisitos:

- a) comprovar o funcionamento do CMS;
- b) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde e disponibilidade orçamentária suficiente, bem como mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;
- c) apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;
- d) estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;
- e) comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento a CIT:
 - 1) desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;
legislação estruturante do SUS

- 2) alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde já existentes e dos que vierem ser criados conforme portaria;
 - 3) disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;
 - 4) disponibilidade de serviços para realização do elenco de procedimentos básicos ampliado - EPBA.
- f) firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria Estadual de Saúde;
 - g) comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA);
 - h) participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação;
 - i) comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso à Internet);
 - j) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;
 - k) comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
 - l) comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde;
 - m) apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS;
 - n) comprovar o comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços ao SUS localizados no território municipal;
 - o) comprovar oferta das ações do primeiro nível de média complexidade (M1) e de leitos hospitalares;
 - p) comprovar Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS Cartão SUS;
 - q) formalizar, junto a CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GPSM.

Prerrogativas:

- a) transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos do M1, após qualificação da

microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos;

- b) receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, condicionado ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado;
- c) gestão do conjunto das unidades prestadoras de serviços ao SUS ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais e privadas, estabelecidas no território municipal.

ANEXO C - RELATÓRIO DE GESTÃO MUNICIPAL – 2004

- O PREENCHIMENTO DAS PLANILHAS:

1. PRODUÇÃO AMBULATORIAL

Atenção Básica Ampliada

A 1ª coluna cita as **médias estaduais** de produção dos diferentes procedimentos no Estado em 2003, servindo apenas para comparação com o desempenho municipal e não como uma meta a ser atingida.

Para os procedimentos em que a população alvo é a população total do município, a fórmula está descrita como **nº/hab/ano**, que significa o nº total de procedimentos realizados no ano, dividido pela população total do município. Naqueles em que a população feminina é o alvo, temos **nº/mulh/ano**, que significa o nº total de procedimentos realizados no ano, dividido pela população alvo, onde, para a coleta de material para CP é a população de mulheres de 25 a 59 anos e para o Teste de gravidez, a população de mulheres de 10 a 49 anos. Outros dois procedimentos dizem respeito à população alvo acima de 30 anos e o indicador é descrito como **nº/hab >30/ano**, que significa o nº total de procedimentos realizados no ano, dividido pela população alvo. Nos procedimentos coletivos em odontologia a população considerada foi a de 0 a 14 anos. As ações em Saúde Mental ainda necessitam de padronização no SIA quanto ao registro dos procedimentos envolvidos e a forma de captação dos dados no município.

O gestor municipal deve alimentar **somente** a coluna **quantidade**, em cada mês, informando a totalidade de procedimentos ofertada no mês. Assim, as diversas categorias de procedimentos devem ser buscadas no SIA e SIAB, da seguinte maneira:

1.1 – Consulta médica nas especialidades básicas – fonte: SIA/SUS, devem ser somadas as produções dos seguintes procedimentos: 02.011.02; 02.011.03; 02.011.04; 02.012.01; 02.012.02; 02.012.03; 02.012.04; 02.012.05; 02.012.06; 02.012.07; 02.012.08; 02.012.10; 02.012.11; 02.012.12; 02.012.13; 02.012.14; 02.012.15; 02.012.16;

OBS.: Os municípios que possuem PACS/PSF devem registrar todas as consultas médicas do SIAB também no SIA.

1.2 – Consulta/atendimento – Enfermeiro – fonte: SIA/SUS, procedimentos: 04.011.04-0; 04.012.02-0.

OBS.: Os municípios que possuem PACS/PSF devem registrar todas as consultas de Enfermeiro do SIAB também no SIA.

1.3 – Ações odontológicas básicas individuais – fonte: SIA/SUS, procedimentos: 03.022.01; 03.022.02; 03.022.03; 03.022.04; 03.022.05; 03.022.06; 03.022.07; 03.022.08; 03.031.01; 03.031.02; 03.031.03; 03.031.04; 03.031.05; 03.031.06; 03.031.07; 03.031.08; 03.031.09; 03.031.10; 03.031.11; 03.031.12; 03.041.01; 03.041.02; 03.041.03; 03.041.05; 03.041.06; 03.041.07; 10.011.01; 10.011.02; 10.041.01; 10.051.15; 10.051.36.

1.4 – *Exodontia de dente permanente* – fonte: SIA/SUS, procedimentos 03.041.02-6; 03.041.03-4.

1.5 – *Procedimentos coletivos em odontologia* - fonte: SIA/SUS, procedimento 03.011.01-1. Deve ser informado o número de indivíduos cobertos pelo procedimento coletivo.

OBS.: Os municípios que possuem PACS/PSF devem registrar todos os procedimentos coletivos em odontologia do SIAB também no SIA.

1.6 – *Atendimento em Saúde Mental* – os municípios que possuem registros próprios do atendimento básico em saúde mental, isto é, aqueles prestados por profissionais da rede básica (médico clínico, pediatra ou médico do PSF, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar ou técnico de enfermagem ou outro profissional que atue na Unidade Básica) deverão informar o total de procedimentos realizados, independente se foram atendimentos individuais ou em grupos. Citar no campo “Comentários” quais atividades relativas à saúde mental são realizadas nas unidades básicas do município.

1.7 – *Atendimento básico em Tuberculose* – fonte: SIA/SUS, procedimentos: 01.022.02; 01.022.11; 02.012.14; 02.012.15; 02.012.16; 07.011.05; 07.011.06.

1.8 – *Atendimento básico em Hanseníase* – fonte: SIA/SUS, procedimentos: 01.022.03; 01.022.05; 01.022.09; 02.012.10.

1.9 – *Aplicação de vacinas* – este dado deve ser buscado no SI-API, que é o sistema de informação do programa de vacinação. Neste campo deve ser lançado o total de doses aplicadas de todas as vacinas.

1.10 – *Inalação/nebulização* - fonte: SIA/SUS, procedimento: 01.022.08-3.

OBS.: Os municípios que possuem PACS/PSF devem registrar todas as inalações/nebulizações do SIAB também no SIA.

1.11 – *Curativo (por paciente)* - fonte: SIA/SUS, procedimento: 01.022.07-5.

OBS.: Os municípios que possuem PACS/PSF devem registrar todos os curativos e suturas do SIAB também no SIA.

1.12 – *Visita/atendimento domiciliar* - fonte: SIA/SUS, procedimentos: 01.023.04-7; 01.023.02-0; 04.011.06-6; 04.011.07-4; 04.012.03-8.

OBS.: Os municípios que possuem PACS/PSF devem registrar todas as visitas domiciliares no SIAB também no SIA.

1.13 – *Atividade educativa* - fonte: SIA/SUS, procedimentos: 01.023.01-2; 01.023.03-9; 04.011.02-3; 04.011.03-1; 04.012.01-1.

OBS.: Os municípios que possuem PACS/PSF devem registrar todas as atividades educativas do SIAB também no SIA.

1.14 – *Coleta de material para exame citopatológico* - fonte: SIA/SUS, procedimento: 07.051.01-8.

1.15 - *Gravidez – teste imunológico (latex)* - fonte: SIA/SUS, procedimento: 11.061.31-6.

1.16 – *Eletrocardiograma* - fonte: SIA/SUS, procedimento: 17.031.01-0.

1.17 – *Teste específico p/ D. Mellitus – glicemia capilar* - fonte: SIA/SUS, procedimento: 07.031.03-3.

3 - PRODUÇÃO DE OUTRAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

Este grupo de dados está dividido por ciclos de vida. As **metas pactuadas/ano** foram extraídas dos documentos do Pacto da Atenção Básica, PPI-ECD, Termo de Compromisso da Vigilância Sanitária.

O gestor municipal deve alimentar **somente** a coluna **quantidade**, em cada mês.

3.1 Ciclo Grávido-Puerperal – ações desenvolvidas junto às gestantes do município.

3.1.1.- *Nº de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal* – fonte: SINASC.

3.1.2 - *Nº de gestantes cadastradas no SIAB* – este dado deverá ser informado somente pelos municípios que tem implantado o PSF e refere-se à população coberta pelo Programa. Deve ser buscado na ficha SSA2 – Série Histórica das Informações de Saúde da Área Geral.

3.1.3 - *Nº de gestantes acompanhadas a partir do 1º trimestre* - fonte: SIAB – da mesma forma que o anterior.

3.1.4 - *Nº de testes para sífilis congênita (VDRL) realizados em gestantes* – fonte: SIS-Prénatal ou registros próprios do município.

3.1.5 - *Nº de casos notificados de transmissão vertical de AIDS* - fonte: SINAN. O dado que está na coluna meta anual refere-se a ocorrência no ano anterior.

3.1.6 - *Nº absoluto de óbitos de mulheres em idade fértil, relacionados à gestação, parto e puerpério* – este dado deve ser buscado no SIM.

3.2 Ciclo de Vida da Criança – ações desenvolvidas junto ao grupo etário de 0 a 10 anos.

3.2.1 - *Nº absoluto de óbitos de menores de 1 ano* – fonte: SIM.

3.2.2 - *Nº absoluto de óbitos infantis até 28 dias de vida (neonatal)* – fonte: SIM.

3.2.3 - *Nº de nascidos vivos com peso < 2500 g* – fonte: SINASC.

3.2.4 - *Nº de crianças menores de 1 ano vacinadas com Tetravalente – 3ª dose* – fonte: SI-API.

3.2.5 - *Nº de crianças menores de 1 ano vacinadas com anti-Hep.B – 3ª dose* – fonte: SI-API.

3.2.6 - *Nº de crianças de 12 a 23 meses vacinadas com tríplice viral* – fonte: SI-API.

3.2.7 - *Nº de crianças menores de 5 anos vacinadas com Sabin/Campanha* - fonte: SI-API. Este dado só será preenchido nos meses em que ocorrer a Campanha.

3.2.8 – *Nº de crianças de 1 a 4 anos vacinadas na campanha de segmento contra o sarampo* - fonte: SI-API. Este dado só será preenchido nos meses em que ocorrer a Campanha.

3.2.9 - *Nº de crianças menores de 1 ano cadastradas no SIAB* - este dado deverá ser informado somente pelos municípios que tem implantado o PSF e refere-se à população coberta pelo Programa. Deve ser buscado na ficha SSA2 – Série Histórica das Informações de Saúde da Área Geral.

3.2.10 - *Nº de crianças menores de 1 ano com esquema vacinal em dia, captadas no SIAB* - da mesma forma que o anterior.

3.2.11 - *Nº de internações por IRA em menores de 5 anos* – fonte: SIH/SUS.

3.3 Ciclo de Vida do Adolescente – ações desenvolvidas junto ao grupo etário de 11 a 19 anos.

3.3.1 - *Nº de partos e abortamentos em mulheres com menos de 20 anos* – fonte SIH/SUS , procedimentos: 35001011, 35006013, 35025018, 35080018, 35009012, 35026014,

35027010, 35028017, 35082011, 35084014, 35085010, 35007010, 35014016, 34020039, 35008016.

3.3.2 - *Nº de casos notificados de AIDS - “usuário de drogas injetáveis” na faixa etária de 11 a 19 anos* – fonte SINAN. O dado que está na coluna meta anual refere-se a ocorrência no ano anterior.

3.4 Ciclo de Vida do Adulto – ações desenvolvidas junto ao grupo etário de 20 a 59 anos.

3.4.1 - *Nº de casos notificados de AIDS “usuário de drogas injetáveis” na faixa etária de 20 a 59 anos* – fonte: SINAN. O dado que está na coluna meta anual refere-se a ocorrência no ano anterior.

3.4.2 - *Nº de internações por AVC na população de 30 a 59 anos* – fonte: SIH-SUS, morbidade CID 10, “AVC não especificado, se hemorrágico ou isquêmico”.

3.4.3 - *Nº de hipertensos cadastrados no SIAB* - este dado deverá ser informado somente pelos municípios que tem implantado o PSF e refere-se à população coberta pelo Programa. Deve ser buscado na ficha SSA2 – Série Histórica das Informações de Saúde da Área Geral.

3.4.4 - *Nº de hipertensos acompanhados, captados no SIAB* - da mesma forma que o anterior.

3.4.5 - *Nº de internações por Diabetes Mellitus II na população acima de 30 anos* – fonte: SIH-SUS, morbidade CID 10, diagnóstico “diabetes mellitus”. Instruções para pesquisa no DATASUS no anexo 5 desse manual.

3.4.6 - *Nº de diabéticos cadastrados no SIAB* - este dado deverá ser informado somente pelos municípios que tem implantado o PSF e refere-se à população coberta pelo Programa. Deve ser buscado na ficha SSA2 – Série Histórica das Informações de Saúde da Área Geral.

3.4.7 - *Nº de diabéticos acompanhados, captados no SIAB* - da mesma forma que o anterior.

3.4.8 - *Nº de exames citopatológicos realizados em mulheres de 25 a 59 anos* – fonte: SIS-COLO.

3.4.9 - *Nº de casos novos de Tuberculose Bacilíferos* – fonte: SINAN.

3.4.10 - *Nº de altas por cura de casos novos de Tuberculose* - fonte: SINAN.

3.4.11 - *Nº de casos encerrados por abandono entre os casos diagnosticados de Tuberculose* - fonte: SINAN.

3.4.12 - *Nº de casos novos de Hanseníase* - fonte: SINAN.

3.4.13 - *Nº de internações por Alcoolismo na população acima de 10 anos* - fonte: SIH/SUS, morbidade CID 10, “transtornos mentais e comportamentais” devido ao uso de álcool.

3.5 Ciclo de Vida do Idoso – ações desenvolvidas junto ao grupo etário acima de 60 anos.

3.5.1 - *Nº de pessoas acima de 60 anos, vacinadas contra Influenza* – fonte: SI-API. Este dado só será preenchido no mês em que ocorrer a Campanha.

3.5.2 -*Nº de internações por pneumonia em maiores de 60 anos* – fonte SIH/SUS, morbidade CID 10, diagnóstico “pneumonia”. Instruções para pesquisa no DATASUS no anexo 5 desse manual. A meta pactuada refere-se a ocorrência no ano anterior.

4 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Este conjunto de informações diz respeito às ações de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental que tiveram suas **metas pactuadas** no Pacto da Atenção Básica, na PPI-ECD e no Termo de compromisso da vigilância sanitária.

O gestor municipal deve alimentar **somente** a coluna **quantidade**, em cada mês. Os municípios que por condições epidemiológicas específicas realizam ações que não estão descritas nas planilhas e que foram pactuadas como metas a serem atingidas na PPI-ECD (informes epidemiológicos, análises epidemiológicas, vigilância de doenças não transmissíveis), devem descrevê-las utilizando o espaço reservado para comentários, no final da página. Caso também dos municípios que realizam ações em relação à Esquistossomose (Esteio) ou, eventualmente, ações de diagnóstico e tratamento de casos de Malária, Febre Amarela e Leishmaniose.

4.1 - *Nº de óbitos de menores de 1 ano investigados* - este dado deve ser obtido nos serviços de controle epidemiológico municipais. Se o município ainda não assumiu a investigação dos óbitos infantis, deve buscar esta informação junto à CRS.

4.2 - *Nº de óbitos de mulheres em idade fértil investigados* – o mesmo que o anterior.

4.3 - *Nº de notificações negativas de PFA* – só pactua quem for município sentinela (anexo 2 deste manual) - este dado deve ser obtido nos Serviços de Vigilância em Saúde Municipais ou CRS.

4.4 - *Nº de notificações semanais positivas ou negativas de casos suspeitos de Sarampo* – este dado deve ser obtido nos Serviços de Vigilância em Saúde Municipais ou CRS. Deve ser informado o nº total de notificações enviadas no mês pelas fontes notificadoras.

4.5 - *Nº de casos de doenças exantemáticas notificados* – fonte: SINAN.

4.6 - *Nº de casos de doenças exantemáticas investigados em até 48 horas após a notificação* – fonte: SINAN.

4.7 - *Nº de casos de sarampo e rubéola notificados* – fonte: SINAN.

4.8 - *Nº de casos de sarampo e rubéola investigados laboratorialmente* - fonte: SINAN.

4.9 - *Nº de notificações de DST* – fonte SINAN.

4.10 - *Nº de casos de meningites notificados* - fonte SINAN.

4.11 - *Nº de casos de meningites com cultura de liquor realizada* - fonte SINAN. Este dado deve ser preenchido somente pelos municípios que possuem hospital que interna meningite.

4.12 - *Nº de surtos de (DDA) Doença Diarreica Aguda detectados pelo MDDA (Monitoramento de Doença Diarreica Aguda)* - este dado deve ser obtido nos Serviços de Vigilância em Saúde Municipais ou CRS.

4.13 - *Nº de surtos de Doenças Transmitidas por Alimentos notificados* – este dado deve ser obtido nos serviços de controle epidemiológico municipais.

- 4.14 - *Nº de surtos Doenças Transmitidas por Alimentos investigados* – este dado deve ser obtido nos serviços de controle epidemiológico municipais.
- 4.15 - *Nº de eventos adversos graves pós-vacinação notificados* – fonte: SI-EAPV.
- 4.16 - *Nº de eventos adversos graves pós-vacinação investigados* – fonte: SI-EAPV.
- 4.17 - *Nº de amostras de água de abastecimento coletadas e analisadas para fins de vigilância e monitoramento da qualidade* – fonte SIS-água.
- 4.18 - *Nº de imóveis inspecionados para identificação/eliminação de focos e/ou criadouros de A. Aegypti e A. Albopictus* – fonte: FAD.
- 4.19 - *Nº de imóveis com focos de A. Aegypti encontrados* - fonte: FAD.
- 4.20 - *Nº de imóveis com focos de A. Aegypti tratados* – fonte: FAD.
- 4.21 - *Nº de pesquisas de Triatomíneos em domicílios de área endêmica* – este dado será preenchido somente por municípios de área endêmica para triatomíneos (listagem anexo 4) - fonte: sistema de informação de Chagas PCDCh.
- 4.22 - *Nº de borrifações em domicílios para controle de tratomíneos em área endêmica* - fonte: sistema de informação de Chagas PCDCh.
- 4.23 - *Nº de visitas em PIT realizadas* – fonte: sistema de informação de Chagas PCDCh.
- 4.24 - *Nº de amostras caninas e felinas enviadas para pesquisa laboratorial de raiva* - este dado deve ser preenchido por todos os municípios e buscado junto aos serviços de vigilância em saúde municipais.
- 4.25 - *Nº de Declarações de Nascidos Vivos coletadas* - o dado deve ser buscado no SINASC. O município que ainda não processa o SINASC deve buscar a informação junto à CRS.
- 4.26 - *Nº de remessas de banco de dados do SINAN enviadas à SES* - este dado refere-se ao envio de dados do SINAN, quer por meio eletrônico ou feito em papel, através de boletins de informação.
- 4.27 - *Nº de estabelecimentos de comércio de alimentos cadastrados (conforme Resolução CIB-RS nº 30/04)* – fonte: SINAVISA (quando estiver implantado) ou junto aos Serviços de Vigilância em Saúde Municipais.
- 4.28 - *Nº de estabelecimentos de comércio de alimentos inspecionados* – o mesmo que o anterior.
- 4.29 - *Nº de creches cadastradas (conforme Resolução CIB-RS nº 30/04, área de estabelecimentos de interesse à saúde)* – o mesmo que o anterior.
- 4.30 - *Nº de creches inspecionadas* – o mesmo que o anterior.
- 4.31 - *Nº de escolas de ensino fundamental cadastradas (conforme Resolução CIB-RS nº 30/04, área de estabelecimentos de interesse à saúde)* – o mesmo que o anterior.
- 4.32 - *Nº de escolas de ensino fundamental inspecionadas*) – o mesmo que o anterior.
- 4.33 - *Nº de estações rodoviárias e ferroviárias cadastradas (conforme Resolução CIB-RS nº 30/04, área de estabelecimentos de interesse à saúde)* – o mesmo que o anterior.
- 4.34 - *Nº de estações rodoviárias e ferroviárias inspecionadas* – o mesmo que o anterior.
- 4.35 *Nº de estabelecimentos de saúde de baixa complexidade cadastrados (conforme Resolução CIB-RS nº 30/04)* – o mesmo que o anterior.
- 4.36 *Nº de estabelecimentos de saúde de baixa complexidade inspecionadas* - o mesmo que o anterior.

6.1 - Outras Ações da Atenção Básica

Este grupo de dados está dividido por ciclos de vida. As **metas pactuadas/ano** foram extraídas dos seguintes documentos: Pacto da Atenção Básica, PPI-ECD, Termo de compromisso da Vigilância Sanitária e Agendas Municipais de Saúde

O gestor municipal deve alimentar **somente** a coluna **quantidade**, que é relativa ao total do ano.

6.1.1 Ciclo grávido-puerperal – ações desenvolvidas junto às gestantes do município.

6.1.1.1 - *Nº de nascidos vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas* – fonte: SINASC. A coluna meta pactuada/ano refere-se à ocorrência no ano anterior.

6.1.1.2 - *Nº absoluto de óbitos em mulheres em idade fértil relacionado à gestação parto e puerpério* - fonte: SIM. Somente os municípios com mais de 80.000 habitantes tem meta pactuada para mortalidade materna.

6.1.1.3 - *Nº de casos confirmados de tétano neonatal* – fonte: SINAN. O município pode captá-lo junto ao seu serviço de controle epidemiológico, ou junto à CRS.

6.1.1.4 - *Proporção de partos cesáreos* – fonte: SINASC. A coluna meta pactuada/ano refere-se a ocorrência no ano anterior.

6.1.2 Ciclo de vida da criança – ações desenvolvidas junto ao grupo etário de 0 a 10 anos.

6.1.2.1 - *Nº absoluto de óbitos em menores de 1 ano por causas evitáveis* – fonte: SIM. A coluna meta pactuada/ano refere-se à ocorrência no ano anterior.

6.1.2.2 - *Nº absoluto de óbitos em menores de 5 anos* – fonte: SIM. A coluna meta pactuada/ano refere-se à ocorrência no ano anterior.

6.1.2.3 - *Nº de internações psiquiátricas em menores de 10 anos* – fonte SIH/SUS, capítulo CID 10, "transtornos mentais e comportamentais". Instruções para pesquisa no DATASUS no anexo 5 desse manual. A meta pactuada refere-se a ocorrência no ano anterior.

6.1.3 Ciclo de vida do adolescente – ações desenvolvidas junto ao grupo etário de 11 a 19 anos

6.1.3.1 - *Nº de internações psiquiátricas na faixa etária de 11 a 19 anos* – fonte SIH/SUS, capítulo CID 10, "transtornos mentais e comportamentais". Instruções para pesquisa no DATASUS no anexo 5 desse manual. A meta pactuada refere-se a ocorrência no ano anterior.

6.1.4 Ciclo de vida do adulto – ações desenvolvidas junto ao grupo etário de 20 a 59 anos.

6.1.4.1 - *Nº total de casos de hanseníase diagnosticados* - fonte: SINAN.

6.1.4.2 - *Nº de casos com seqüelas incapacitantes (grau I e II) de hanseníase* – fonte: SINAN e nos serviços de controle epidemiológico do município.

6.1.4.3 - *Nº de abandonos de tratamento de Hanseníase* – fonte: SINAN.

6.1.4.4 - *Nº de altas por tratamento de doze meses em Hanseníase* – fonte: SINAN.

6.1.4.5 - *Nº de casos novos de AIDS* – fonte: SINAN. A coluna meta pactuada/ano refere-se à ocorrência no ano anterior.

6.1.4.6 - *Nº de internações psiquiátricas na faixa etária de 20 a 59 anos* - fonte SIH/SUS, capítulo CID 10, "transtornos mentais e comportamentais". Instruções para pesquisa no DATASUS no anexo 5 desse manual. A meta pactuada refere-se a ocorrência no ano anterior.

6.1.4.7 - *Nº de óbitos por câncer de colo uterino* - fonte: SIM.

6.1.4.8 - *Nº de óbitos por câncer de mama* - fonte: SIM.

6.1.4.9 - *Nº de óbitos por doenças cérebro-vascular na faixa etária de 30 a 59 anos* - fonte: SIM.

6.1.5 Ciclo de vida do idoso – ações desenvolvidas junto ao grupo etário acima de 60 anos.

6.1.5.1 *Nº de internações psiquiátricas na faixa etária acima de 60 anos* - fonte SIH/SUS, capítulo CID 10, "transtornos mentais e comportamentais". Instruções para pesquisa no DATASUS no anexo 5 desse manual. A meta pactuada refere-se a ocorrência no ano anterior.

6.2 Ações de Vigilância em Saúde

Este conjunto de informações dizem respeito às ações em epidemiologia e controle de doenças e vigilância sanitária e que tiveram suas **metas pactuadas** no Pacto da Atenção Básica, PPI-ECD, Termo de compromisso da vigilância sanitária e Agendas municipais de saúde.

O gestor municipal deve alimentar **somente** a coluna **quantidade**, que é relativa ao total do ano.

No espaço destinado aos comentários, o gestor **deve** informar a respeito da elaboração de análises epidemiológicas desenvolvidas, publicação de boletins, etc. Da mesma forma, conforme pactuado por todos os municípios, o gestor deve descrever as ações desenvolvidas no Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social.

6.2.1 - *Nº de casos de PFA notificados* – fonte: SINAN.

6.2.2 - *Nº de casos de PFA com 1 amostra adequada de fezes* – fonte: SINAN.

6.2.3 - *Nº de casos de DNC notificados* - fonte: SINAN.

6.2.4 - *Nº de investigações de DNC encerradas* – fonte: SINAN .

6.2.5 - *Nº de investigações de DNC encerradas oportunamente* – fonte: SINAN.

6.2.6 - *Nº de PITs implantados* – este dado deve ser preenchido somente pelos municípios certificados em Tipo III, que ainda não tem PITs implantados.

6.2.7 - *% de fontes de abastecimento de água cadastradas* - fonte: SISAGUA.

6.2.8 - *Nº de sistemas e soluções coletivas alternativas de abastecimento de água, com controle regular, conforme Portaria 1469/2000* – este dado diz respeito à informação que o município deve receber dos prestadores de serviços de abastecimento de água, regularmente, sobre o controle da qualidade da água fornecida para consumo.

6.2.9- *Nº de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar instaladas e em funcionamento* – este dado deve ser buscado junto ao serviço de Vigilância Sanitária do município.

6.3 - Aspectos da Gestão Municipal

6.3.1 - *Nº de óbitos infantis sem assistência médica* – fonte: SIM. A meta pactuada refere-se a ocorrência no ano anterior.

6.3.2 - *População cadastrada pelo PSF* – fonte: SIAB, ficha A – Consolidado das Famílias Cadastradas do Ano. Somente para os municípios que implantaram o PSF.

6.3.3 - *% de aplicação de recursos próprios em saúde, conforme a Emenda Constitucional 29/2000* – fonte: SIOPS.

6.3.4 - *Nº de usuários cadastrados – cartão SUS* – fonte: CADSUS.

6.3.5 - *Nº de profissionais que participaram de ações de formação/capacitação/atualização/especialização em saúde* – este dado refere-se à totalidade dos trabalhadores do SUS municipal que participaram das ações de desenvolvimento descritas, que podem ter sido oferecidas pela ESP/SES ou por iniciativa do município ou de outra instituição. A descrição destas ações deve ser feita no espaço dos comentários.

6.3.6 – *Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos* – O gestor não precisará incluir nenhuma informação, pois as mesmas serão importadas de planilhas anteriores.

ANEXO D - PROJETO MUNICÍPIO RESOLVE

1. Apresentação

A descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização, conforme os princípios constitucionais e a legislação do SUS, no Estado do Rio Grande do Sul é prioridade de Governo. O poder local mais próximo das necessidades e do controle da população qualifica o processo de gestão.

As ações de atenção básica devem ser desenvolvidas pelos municípios, de acordo com seu perfil epidemiológico, como componente essencial para a garantia de acesso da população a serviços qualificados de atenção à saúde. Devem ser trabalhadas como a porta de entrada do sistema público de saúde e priorizadas na organização local, sob a responsabilidade do gestor municipal.

A Secretaria Estadual da Saúde, atendendo determinações constitucionais no financiamento tripartite, garantirá repasse regular e automático, fundo a fundo, de recursos financeiros para os 497 municípios, através de duodécimos mensais, como apoio para o desenvolvimento de ações e serviços básicos, ampliando a resolutividade dos sistemas municipais de saúde.

2. Objetivos:

- Melhorar a qualidade e garantir o acesso da população às ações de atenção básica .
- Descentralizar e aumentar a resolutividade do sistema de saúde, especialmente nas ações de média e alta complexidade.

3. Metas

- Habilitar 100% dos municípios à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.
- Habilitar 100% dos municípios sede de módulo à Gestão Plena do Sistema Municipal.
- Repassar mensalmente recursos, fundo a fundo, para 100% dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.
- Repassar mensalmente recursos, fundo a fundo, para 100% dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.

4. Indicadores de avaliação

Para a avaliação do projeto, foram estabelecidos os seguintes indicadores de saúde:

- Taxa de mortalidade infantil (para municípios com mais de 80.000 habitantes) e Nº absoluto de óbitos em menores de 1 ano (para municípios com menos de 80.000 habitantes);
- Cobertura vacinal de rotina – vacina tetravalente 3ª dose;
- Cobertura pré-natal (proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal);

- Cobertura de consultas básicas (média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas);
- Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral na população de 30 a 59 anos;
- Taxa de internações por Diabetes Mellitus II na população acima de 30 anos;
- Proporção de abandono de tratamento da tuberculose;
- Taxa de cobertura vacinal contra Influenza em maiores de 60 anos;
- Taxa de internações por IRA em menores de 5 anos.
- Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais.

A pactuação das metas a serem atingidas em cada um dos indicadores é estabelecida no Termo de Habilitação dos municípios ao projeto, que será renovado anualmente, ficando condicionado ao cumprimento das metas de pelo menos 70% dos indicadores. O acompanhamento destes indicadores será feito através do Sistema de Monitoramento da Gestão em Saúde, a partir dos dados informados trimestralmente no Relatório de Gestão elaborado por todos os municípios.

5. Financiamento

Os recursos financeiros previstos para o projeto totalizam R\$ 282.000.000,00, sendo que para o ano de 2003 a previsão é de R\$ 41.879.030,69.

6. Critérios para a distribuição dos recursos

Para o ano de 2003 o projeto prevê três componentes:

- Incentivo à Gestão Básica – R\$ 22.000.000,00
- Incentivo à Gestão Plena – R\$ 8.155.104,58
- Incentivo a Gestão do SUS (dívida da Municipalização Solidária) – R\$ 11.723.926,11

6.1 Incentivo à Gestão Básica

- Previsão de desembolso para 2003: 22 milhões.
- Meta: 100% dos municípios.
- Requisitos: estar habilitado à NOAS 01/02.
- Forma de pagamento: Transferências mensais, a partir da competência Maio.
- Critérios para distribuição dos recursos:

50% - População total

15% - População < 6 anos

15% - População > 60 anos

10% - inverso da receita de impostos por habitante

10% - Percentual de recursos próprios aplicados em saúde

Os dados relativos à população tem como fonte de dados a população estimada 2002 (IBGE), a partir do Censo 2000.

Os dados sobre a receita dos municípios foram buscados junto ao SIOPS. Os municípios que não alimentaram o Sistema no ano de 2001, não tiveram esse critério pontuado na avaliação. (6 municípios).

6.2 Incentivo à Gestão Plena

- Previsão de desembolso para 2003: R\$ 8.155.104,58
- Meta para 2003: 36 municípios sede de módulos
- Requisitos: estar habilitado à NOAS 01/02
- Forma de pagamento: Transferências mensais, a partir da competência Maio
- Critérios para distribuição dos recursos:
 - 80% - Critério Populacional: R\$ 6.524.083,66
 - 30% - população residente ▸ R\$ 1.957.225,10 (per capita 0,44)
 - 70% - população referenciada ▸ R\$ 4.566.858,56 (per capita 0,67)
 - 20% - Nível de Complexidade: R\$ 1.631.020,92

Utilizou-se a categoria PORTE para classificar os municípios de acordo com a abrangência populacional e da gestão (macrorregião, microrregião e módulo assistencial), sendo:

Porte 1 - Pólos Microrregionais e/ou módulos assistenciais com população de abrangência até 25.000 habitantes

Porte 2 - Pólos Microrregionais e/ou módulos assistenciais com população de abrangência entre 25.000 e 50.000 hab.

Porte 3 - Pólos Regionais e/ou microrregionais com população de abrangência > 50.000 hab.

Porte 4 - Pólos Macrorregionais

Conforme definido no Plano Diretor de Regionalização (PDR), elaborado em 2002, temos 172 municípios, sede de módulo assistencial, com previsão de habilitação em GPSM.

De acordo com a avaliação realizada, por ocasião da elaboração do PDR, que levou em consideração o perfil assistencial na microrregião e a capacidade de gestão dos municípios sede de módulo assistencial, 63 municípios teriam condições de assumir a GPSM.

Desses municípios, 36 teriam sua habilitação priorizada em 2003, por já serem referências locais/regionais (capacidade de ofertar, no mínimo, todo o elenco de procedimentos M1 em seu próprio território).

A partir do cálculo da distribuição do total de recursos disponíveis em 2003 para este grupo de municípios, estabeleceu-se o valor per capita para os critérios populacionais que serão utilizados para os demais municípios que vierem a se habilitar em GPSM.

6.3 Incentivo à Gestão do SUS

- Previsão de desembolso para 2003: 11.723.926,11 milhões
- Forma de pagamento: parcelas mensais, para todos os municípios, correspondendo, em 2003, a 12 % do total da dívida da Municipalização Solidária da Saúde (oito repasses a partir da competência maio, independente da habilitação do município à NOAS 01/02).

7 . Ações a serem desenvolvidas no projeto

- Capacitar as 19 Coordenadorias Regionais para assessoria aos municípios no processo de habilitação dos mesmos.
- Habilitar os municípios conforme NOAS-SUS 01/02 e Portarias Estaduais específicas
- Repassar recursos mensalmente aos municípios habilitados conforme critérios definidos.
- Capacitar os gestores municipais no Sistema de Monitoramento da Gestão em Saúde
- Acompanhar o desempenho dos municípios através do Sistema de Monitoramento da Gestão em Saúde (indicadores e metas).

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

Ana Cristina Vidor

**SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE:
SITUAÇÃO ATUAL EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

Porto Alegre
2004

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V654 Vidor, Ana Cristina
Sistemas de informação em saúde : situação atual
em municípios de pequeno porte / Ana Cristina Vidor. –
Porto Alegre, 2004.
140 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em
Epidemiologia, 2004.

1. Gestão em saúde. 2. Sistemas de informação em
saúde. 3. Gestão pública - Municípios. I. Título.

CDU 614.2

Bibliotecário Responsável: Mônica Fonseca Soares
CRB-10/957