UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**Os sistemas públicos de informação em
saúde na tomada de decisão – rede básica
de saúde do município de Ribeirão Preto-SP**

*TESE APRESENTADA AO PROGRAMA
INTERUNIDADES DE DOUTORAMENTO EM
ENFERMAGEM DAS ESCOLAS DE
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO DOS CAMPI DE SÃO PAULO E
RIBEIRÃO PRETO, PARA OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE DOUTOR, NA LINHA DE
PESQUISA ENFERMAGEM ENQUANTO
PRÁTICA SOCIAL/PROFISSIONAL.*

Ione Carvalho Pinto

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida

**Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde
Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP**

**Ribeirão Preto
2000**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus
Administrativo
de Ribeirão Preto / USP

Pinto, Ione Carvalho

Os subsistemas públicos de informação em saúde na
tomada de decisão no nível local. Ribeirão Preto, 1999.

317 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de
concentração: Enfermagem.

Orientador: Almeida, Maria Cecília Puntel de.

1. Informação em Saúde. 2. Sistema Único de Saúde.
3. Sistemas de Informação. 4. Tomada de Decisão.
5. Modelo de Atenção à Saúde

RESUMO

A temática deste estudo é a informação em saúde, uma das áreas da saúde coletiva, por estar inserida nas políticas de saúde para promoção, prevenção e recuperação da saúde individual e coletiva, considerando as determinações sociais do processo saúde-doença e, ainda, por servir de ferramenta analisadora da produção de ações de saúde, nas decisões, na (re)construção do modelo assistencial, possibilitando aos sujeitos alcançarem a autonomia no desenvolvimento de seu trabalho em saúde. Através de três grandes eixos buscou-se a sustentação para o estudo da informação em saúde: tomada de decisão, o enfoque sistêmico da organização e os princípios organizativos e diretivos do Sistema Único de Saúde. Objetivamos descrever e analisar a constituição e organização dos quatro sistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão na rede básica (SIM-RP Sistema de Informação de Mortalidade, SINASC-RP Sistema de Informações de Nascidos Vivos, SIVE-RP Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica e HYGIA-RP Sistema de Informação Ambulatorial Informatizado), em relação à sua finalidade, produção, utilização, fluxo (ascendente, descendente e lateral), integração, articulação, compatibilização e acesso, bem como analisar como esses sistemas públicos de informação em saúde instrumentalizam a tomada de decisão na rede básica pública municipal de saúde, quais os princípios que a presidem e qual a lógica (intencionalidade) de produção de saúde que está presente. O local de estudo foi o município de Ribeirão Preto - Distrito Leste - que conta com seis Unidades Básicas de Saúde. Os instrumentos de pesquisa foram a análise documental, observação participante e entrevista. A análise dos dados foi estruturada em dois grandes grupos: constituição formal dos sistemas, incluindo estrutura, processo e resultado (saídas) de cada sistema de informação e, o segundo grupo, a instrumentalização do agir em saúde: tomada de decisão, considerando os sistemas de informação como ferramenta analisadora de intencionalidade dos processos de produção em saúde. O

SINASC foi um dos mais utilizados pelos trabalhadores da rede na organização do modelo de atenção, proporcionando detectar falhas na estrutura organizacional da unidade, desencadeando processos instituintes no modo de atenção à saúde de forma mais articulada e descentralizada. Quanto ao SIM, este não tem sido utilizado enquanto instrumento da tomada de decisão nas UBS. As informações nele contidas não fazem sentido para os usuários da informação, sendo utilizadas apenas no nível central da SMS quando esta realiza as estatísticas sobre causas de mortalidade no município, subsidiando alguns programas de atenção à saúde. O HYGIA mostrou sua potencialidade de articulação com o SINASC e SIVE, mas tem sido sub-utilizado, à medida que vem instrumentalizando de forma prioritária as estatísticas dos procedimentos realizados pelos trabalhadores. Relações mais estreitas são mantidas entre a UBS e a Distrital com relação ao SIVE-RP no registro das notificações de doenças. Consideramos que Ribeirão Preto conta com um amplo Sistema de Informação em Saúde, recursos humanos especializados nesta área, equipamentos modernos, possibilidades de integração entre os vários sistemas; no entanto, um número elevado de informações acaba sendo gerado e desvinculado do cotidiano dos serviços de saúde. Os sistemas de informação estudados em geral não têm sido utilizados para a tomada de decisão na rede básica, uma vez que a produção de serviço de saúde está centrada na assistência individual, do tipo pronto atendimento, modelo este de saúde que só registra dados relativos aos procedimentos realizados. A informação é uma ferramenta potente para instrumentalizar a produção de saúde que busca a integralidade das ações.

Palavras-chave: informação em saúde, sistemas de informação, modelos de atenção à saúde, tomada de decisão.

SUMMARY

The thematic of this study is information in health, one of the areas of collective health, since it is inserted in health policies for individual and a collective health promotion, prevention and recuperation, considering the social determinations of the health-illness process and yet, for serving as an analysing tool of the production of health actions, in decisions, in the (re)construction of the assistential model, allowing the subjects to achieve autonomy in the development of their work in health trough three great axis we sought sustainment for the study on information in health: decision making, the systemic focus of the organization and the organizational and directive principles of the Sistema Único de Saúde (Unique Health System). We aimed to describe and analyse the constitution and organization of the four public information systems in health form making decisions in the basic health network (SIM-RP – Sistema de Informação de Mortalidade – Mortality Information System, SINASC-RP – Sistema de Informação de Nascidos Vivos – Birth Information system, SIVE-RP - Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica – Epidemiologic Surveillance Information System and HYGIA-RP Sistema de Informação Ambulatorial Informatizado – On Line Ambulatorial Information System), related to its objective, production, use, flow (upward, downward and lateral), integration, articulation, compatiblelization and access; as well as analysing how these public information systems in health offer tools for decision making in the municipal public health services, what principles guide them what logic (intention) of health production is present. This study was done in the municipality of Ribeirão Preto – East District, which has six Basic Health Units. The research instruments were the documentation analysis, participative observation and interviews. The data analysis was structured in two large groups: formal constitution of systems, including structure, process and results (exits) of each information system and the second group was the instrumentalization of the action in health: decision making, considering the information systems

as a tool for analysis of the intention of the processes of production in health. The SINASC was one of the most used instruments by the health workers in the organization of the care model, allowing to detect errors in the unit's organizational structure leading to processes of health care in more articulated and decentralized way. As to SIM, it was not been used as a decision maker instrument at the Basic Units. The information attained do not make sense to the information users, being used only at the main level of the Municipal Health Department when it does statisticals on the mortality causes in the municipality, underlining some programmes of health care. The HYGIA showed its potentiality of articulation with SINASC and SIVE, but was been under utilized, in the way it was been instrumentalizing mainly the statistics of the procedures done by the workers. Closer relations are held between UBS (Basic Health Unit) and the District in relation to SIVE-RP in registrating disease notifications. We consider Ribeirão Preto has a broad Health Information System, specialized human resources in the field, modern equipment, possibilities of integration between several systems, although a great number of information end up unlinked to daily routine of the health services. The information systems studied generally haven't been used form making decisions in the basic health network, since the production of health services are centred on individual care, the type of immediate care, which such health model only registers data of the procedures done. Information is a potential instrument to offer tools for health production which seeks integration of actions.

Key words: information in health, information systems, health care models, decision making.

ÍNDICE

RESUMO

SUMMARY

LISTA DE SIGLAS

APRESENTAÇÃO.....i

CAPÍTULO 1- A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E O REFERENCIAL TEÓRICO 1

1.1. A INFORMAÇÃO NO MUNDO CONTEMPORÂNEO.....5

1.2. OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....21

1.3. INFORMAÇÃO EM SAÚDE ENQUANTO INSTRUMENTO NA TOMADA DE DECISÃO NO NÍVEL LOCAL.....39

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA..... 68

2.1. LOCAL DO ESTUDO68

2.1.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO - SP 68

2.1.2. OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO - SP. 78

2.1.3. DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE COLETA DE DADOS..... 85

2.2. OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE INVESTIGADOS87

2.3. ENTRADA NO CAMPO DE ESTUDO88

2.3.1. QUESTÕES ÉTICAS 88

2.4. TÉCNICAS DE PESQUISA90

2.4.1. ANÁLISE DOCUMENTAL..... 90

2.4.2. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE 91

2.4.3. ENTREVISTA..... 100

2.5. ANÁLISE DOS DADOS.....104

2.5.1. A ESTRUTURAÇÃO PARA ANÁLISE DA CONSTITUIÇÃO FORMAL DOS SISTEMAS..... 105

2.5.2. INSTRUMENTALIZAÇÃO DO AGIR EM SAÚDE 108

CAPÍTULO 3 - OLHANDO E ANALISANDO OS SISTEMAS FORMAIS PÚBLICOS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO	114
3.1. SIM – RP - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE	116
3.1.1. CONSTITUIÇÃO FORMAL.....	116
3.1.2. INSTRUMENTALIZAÇÃO DO AGIR EM SAÚDE: TOMADA DE DECISÃO	127
3.2. SINASC – RP - SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS.....	136
3.2.1. CONSTITUIÇÃO FORMAL.....	136
3.2.2. INSTRUMENTALIZAÇÃO DO AGIR EM SAÚDE: TOMADA DE DECISÃO	149
3.3. SIVE-RP - O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SMS-RP	173
3.3.1. CONSTITUIÇÃO FORMAL.....	173
3.3.2. INSTRUMENTALIZAÇÃO DO AGIR EM SAÚDE: TOMADA DE DECISÃO	193
3.4. HYGIA-RP – SISTEMA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL INFORMATIZADO DA DIVISÃO DE INFORMÁTICA E ESTATÍSTICA VITAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO	219
3.4.1. CONSTITUIÇÃO FORMAL.....	219
3.4.2. INSTRUMENTALIZAÇÃO DO AGIR EM SAÚDE: TOMADA DE DECISÃO	237
CAPÍTULO 4 – OS SISTEMAS PÚBLICOS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SUBSIDIANDO A CONSTRUÇÃO DO SUS E A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	265
ANEXOS	284
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	307
GLOSSÁRIO DE TERMOS	

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DISTRITOS DE SAÚDE E SUAS RESPECTIVAS UNIDADES BÁSICAS E POPULAÇÃO - JULHO DE 1998	83
QUADRO 2 - LEITOS HOSPITALARES NAS UNIDADES CONTRATADAS/CONVENIADAS COM O SUS NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO - 1995.	84
QUADRO 3 - OBSERVAÇÕES REALIZADAS	956
QUADRO 4- ENTREVISTAS NÃO GRAVADAS DURANTE O PROCESSO DE OBSERVAÇÃO	97
QUADRO 5 – QUADRO DE REUNIÕES OBSERVADAS	99
QUADRO 6 - QUADRO DOS GERENTES ENTREVISTADOS.....	103
QUADRO 7 – QUADRO DE ENTREVISTAS COM ENFERMEIROS.....	104
QUADRO 8 - ENTREVISTAS REALIZADAS NO NÍVEL CENTRAL DA SMS	104
QUADRO 9 – RECURSOS HUMANOS DO SISTEMA DE COLETA E ANÁLISE DE ESTATÍSTICAS VITAIS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO – JULHO DE 1998.....	121
QUADRO 10 - RECURSOS HUMANOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS DE RIBEIRÃO PRETO – JULHO DE 1998	140
QUADRO 11 - RECURSOS HUMANOS DA DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO – JULHO DE 1998.....	178
QUADRO 12 - RECURSOS HUMANOS DA DIVISÃO DE INFORMÁTICA E ESTATÍSTICA VITAL - JULHO 1998.....	225
QUADRO 13 - UNIDADES E SERVIÇOS INFORMATIZADOS ATRAVÉS DO SISTEMA HYGIA- JULHO DE 1998.	232
QUADRO 14 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE PRONTUÁRIOS IMPLANTADOS POR UNIDADE DE SAÚDE NA REDE MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO - AGOSTO DE 1997.....	234

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MODELO GENÉRICO DE SISTEMA ABERTO	28
FIGURA 2 – ESQUEMA GERAL DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO.....	36
FIGURA 3. HIERARQUIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	80
FIGURA 4 – FLUXO DE INFORMAÇÃO PARA ÓBITO NO NÍVEL NACIONAL. ..	123
FIGURA 5 - FLUXO DE INFORMAÇÃO PARA ÓBITOS HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO-SP	124
FIGURA 6 - FLUXO DA INFORMAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS NO NÍVEL NACIONAL	142
FIGURA 7 - FLUXO DE INFORMAÇÕES DAS FICHAS DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	185

Apresentação

APRESENTAÇÃO

O município de Ribeirão Preto e o Distrito Federal – Brasília, foram os dois espaços onde desenvolvi minhas atividades profissionais dentro do processo de trabalho em saúde.

Ribeirão Preto, primeiro espaço, em 1978, abriu-me possibilidades de conhecer e desenvolver o trabalho de enfermagem na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

No segundo momento, em 1982, na Fundação Hospitalar do Distrito Federal e Universidade de Brasília, iniciei as atividades de ensino e dei continuidade à minha formação acadêmica, através do curso de especialização “Administração em Enfermagem”.

Na Universidade de Brasília fui docente de enfermagem médica; iniciei meu Curso de Mestrado, em Enfermagem Fundamental, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, quando desenvolvi um estudo sobre “Saúde do Idoso”.

O momento de retorno ao campo de trabalho em saúde de Ribeirão Preto, ocorreu em 1989, através do primeiro concurso para admissão de enfermeiros na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP), o qual passava por grande transformação, ou seja, a saúde havia sido municipalizada em 1987, no processo de descentralização política, técnica e administrativa do sistema de saúde, conformando uma nova organização tecnológica do trabalho no nível do município.

Essas transformações foram marcadas por um conjunto de mudanças, articulado com a finalidade do trabalho, com os instrumentos incorporados nos diversos níveis (federal, estadual e municipal), introdução de novos agentes, bem como a inserção de novas tecnologias de caráter assistencial, organizativo e informacional, em atendimento às diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde - SUS.

Desta forma, desenvolvi meu trabalho de enfermeira na Secretaria Municipal da Saúde em uma Unidade Básica de Saúde e, a partir de 1992, na Divisão de Informática, no nível central da mesma Secretaria, o que ocorreu até 1995.

Cabe salientar que as enfermeiras foram sendo gradualmente incorporadas à Secretaria Municipal da Saúde; primeiramente desenvolvendo e dirigindo seu trabalho para a coordenação interna das Unidades Básicas de Saúde de forma a possibilitar o atendimento médico e, posteriormente, à medida que cada unidade passou a ter uma enfermeira por período de trabalho, essa assumia a coordenação do serviço de enfermagem e a organização das atividades-meio.

Uma das atividades-meio que a enfermeira assumiu foi a organização de informações, como registro e coleta de dados sobre a produção das atividades de saúde, bem como a implantação e organização do prontuário dos usuários, numa perspectiva de controle interno das atividades desenvolvidas e de resolução de problemas mais imediatos que interferiam no funcionamento das unidades.

A partir de 1993 a Secretaria criou formalmente o cargo de gerente de unidade e, gradativamente, este foi inserido na perspectiva de concretizar a proposta de ter um responsável pelas ações internas e também pelas questões de saúde da área geográfica de abrangência.

A implantação da Divisão de Informática ocorreu em 1989, momento em que foi instalado um microcomputador 386. Atualmente este Departamento funciona com recursos de microcomputação, trabalhando integrado ao CPD – CODERP (Centro de Processamento de Dados da Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto), desenvolvendo sistemas como: cadastramento de paciente, agendamento, controle de referência, controle de SADT (Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia), informações ambulatoriais (registro de procedimentos realizados pelos profissionais das unidades de saúde e que acompanha a estrutura do Sistema de Informações do SUS) e cadastro de bairros e de logradouros do município. Atua nas áreas de informatização das Unidades de Saúde, Sistema de Coleta e Análise de Estatísticas Vitais: Sistema de Informação de Mortalidade e Sistema de Informação de Nascidos Vivos, controle de produção ambulatorial, gerenciamento de unidades (fichas de cadastro das unidades com informações cadastrais da mesma – número de sala, equipamentos, recursos humanos...), serviços de apoio de informática para os vários setores da Secretaria.

O início do trabalho da enfermeira na implantação da Divisão de Informática justificou-se pela necessidade de transformações dentro da

SMS-RP que acompanhassem as mudanças que vinham ocorrendo no setor saúde no Brasil. Já que, historicamente, esse profissional tem características, em sua formação, na área de administração em saúde e já vinha se responsabilizando por estas atividades (produção de informação e relatórios) foi considerado o profissional ideal para as finalidades do referido trabalho, como a organização dos serviços e o planejamento do conjunto dessas necessidades.

Na Divisão de Informática da Secretaria Municipal da Saúde, desenvolvi atividades de supervisão do sistema ambulatorial informatizado – HYGIA, dando suporte e novas informações aos usuários, checando os sistemas instalados nas unidades de saúde e na Divisão, auxiliando na organização, implantação e manutenção do sistema em relação ao fluxograma de pacientes, encaminhamento de dúvidas e problemas detectados pelos usuários aos analistas de sistema, e checando a “performance” do sistema junto às várias unidades de saúde.

A SMS-RP optou por contratar o Sistema HYGIA, da empresas Unisy e Techne em 1993. Este sistema inclui *software* e *hardware* e tem a característica de ser um banco de dados único, com cadastro único de paciente, agendamento de consultas com hora marcada, informatização de laboratório, vacina, prontuário eletrônico, estatísticas e faturamento.

O trabalho realizado na Divisão de Informática, a participação em reuniões e encontros sobre implantações e implementações de informações na rede básica municipal de saúde, foram a motivação primeira para elaborar um estudo mais sistematizado das questões

teórico-práticas que permeiam a informação em saúde e, concomitantemente, para refletir e propor intervenções.

Portanto, este cotidiano profissional levou-me a definir a área de investigação, quando ingressei na docência da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, em 1995. Assim, sinto-me com certa segurança para prosseguir neste estudo, no sentido de poder contribuir com subsídios para o entendimento do sistema de informação em saúde, como um instrumento para a tomada de decisão na transformação das práticas de saúde na rede básica, e que também se transforma conforme as alterações no interior dos processos organizacionais das instituições, das políticas de saúde e contexto econômico-social.

Considero que essa temática, informação em saúde, justifica-se por sua importância para todos os profissionais de saúde, ou seja, destina-se a todos que participam, direta ou indiretamente, da organização dos serviços e da assistência à saúde da população e, com destaque, para aqueles que a utilizam enquanto instrumento para tomada de decisão na rede básica.

O estudo está apresentado da seguinte forma:

] No Capítulo 1, exploro a construção do objeto de investigação com os pressupostos, objetivos e fundamentação teórica, sustentada em três grandes eixos: a tomada de decisão, o enfoque sistêmico da organização e os princípios organizativos e diretivos do Sistema Único de Saúde.

] No Capítulo 2, trago a metodologia do trabalho, contemplando o local de estudo com seus aspectos demográficos, econômicos e sociais,

os serviços de saúde; a delimitação do campo de coleta de dados; os sistemas de informação em saúde investigados; entrada no campo de estudo; técnicas de pesquisa (análise documental, observação participante e entrevista) e a estruturação para análise dos dados.

¶ Exponho, no Capítulo 3, a análise dos sistemas formais de informação em saúde de Ribeirão Preto, objeto deste estudo, ou seja: SIM-RP – Sistema de Informação de Mortalidade e SINASC-RP – Sistema de Informações de Nascidos Vivos, SIVE-RP – Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica e HYGIA-RP – Sistema de Atendimento Ambulatorial Informatizado, incluindo para cada sistema a análise em dois grupos, a saber: constituição formal e a instrumentalização no agir em saúde.

No Capítulo 4, faço uma síntese dos resultados, retomando os pressupostos.

CAPÍTULO 1

A construção do objeto de
investigação e o referencial
teórico

CAPÍTULO 1- A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO E O REFERENCIAL TEÓRICO

A temática central deste trabalho, a informação em saúde, é uma das áreas de conhecimento da saúde coletiva, por estar inserida nas políticas de saúde para promoção, prevenção e recuperação da saúde individual e coletiva, considerando as determinações sociais do processo saúde-doença. E, ainda, por servir de ferramenta analisadora da produção de ações de saúde, nas decisões, na (re)construção do modelo assistencial, possibilitando aos sujeitos alcançarem a autonomia no desenvolvimento de seu trabalho em saúde.

Neste estudo a informação em saúde está sendo analisada enquanto instrumento na tomada de decisão em saúde na rede básica pública municipal de saúde de Ribeirão Preto, no Distrito Leste, o qual é composto por seis Unidades Básicas de Saúde, aí incluída a do Distrito.

Através de três grandes eixos buscou-se a sustentação para o estudo da informação em saúde: tomada de decisão, o enfoque sistêmico da organização e os princípios organizativos e diretivos do Sistema Único de Saúde.

Os sistemas públicos formais de informação em saúde estudados foram: o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM-RP e Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC-RP; Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica – SIVE-RP e o Sistema de Atendimento Ambulatorial Informatizado – HYGIA.-RP.

Estes sistemas fazem parte de bases de dados nacionais, gerenciados pelo Ministério da Saúde, ou seja, o SIM-RP é relativo ao SIM - Sistema de Informação de Mortalidade e o SINASC-RP tem sua correspondência com o SINASC de base nacional. O SIVE-RP corresponde aos dados gerados no SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, sendo que, no município de Ribeirão Preto, o processamento dos dados, conforme os moldes deste sistema, teve início no ano de 1998, em forma de teste, não sendo considerado implantado.

O HYGIA-RP processa as informações relativas ao atendimento ambulatorial, através de vários módulos, incluindo e produzindo os dados necessários ao SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde) de nível nacional.

Destes cinco sistemas de base nacional, três (o SIM, o SINASC e o SINAN) fazem parte da base de dados do Ministério da Saúde, tendo como gestor um órgão da administração indireta, o CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia -, ligado à estrutura organizacional da Fundação Nacional de Saúde – FNS, o qual tem como uma das atribuições atuar como um sinalizador, um vigilante atento às mudanças epidemiológicas e ambientais que possam afetar a saúde da população e acionar a adoção precoce de medidas, visando a prevenção.

As informações do SIM e do SINASC, de base nacional, são coletadas pelos gestores municipais, estaduais e enviadas ao gestor nacional, que disponibiliza os dados para o público em geral, através de anuários e CD-ROM, como também na *home page* do DATASUS. Estes

dois sistemas permitem analisar os eventos relativos ao nascimento e morte, vigilância e análise epidemiológica, além de construção de indicadores para uso de estatísticas demográficas e de saúde¹.

O SINAN tem por objetivo o registro e processamento dos dados de agravos de notificação em todo o território nacional, possibilitando análise dos agravos que foram definidos para o sistema, com informações de distrito e bairro².

Em relação ao SIA/SUS e o SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar, os dados são gerados a partir das informações enviadas pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, e recebidos pelo DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, gerando os bancos de dados nacionais, sendo que o gestor deste sistema de informação é um órgão direto da administração do Ministério da Saúde, ou seja, a Secretaria de Assistência à Saúde. Este Departamento de Informática tem a responsabilidade de processar e disseminar os dados de todos estes sistemas, bem como manter íntegro e atualizados estes bancos, com exceção do SINAN de responsabilidade exclusiva do CENEPI³.

Cabe salientar, que os gestores são responsáveis pela definição de variáveis, fluxos de informação críticas e agregações de dados, e ainda, determinam os objetivos e os propósitos destes sistemas (CARVALHO, 1997).

¹ Mais detalhes veja endereço eletrônico: <http://www.datasus.gov.br/datasus.htm>

² <http://www.fns.gov.br/cenepi/sinan.htm>

³ Mais detalhes sobre os cinco sistemas de Informação em saúde ver CARVALHO, Déa Mara. Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: revisão e discussão da situação atual. IESUSS, v.4, out/dez, 1997.

Ver também Dissertação de Mestrado da mesma autora intitulada: Sistemas de Informação e alocação de recursos um estudo sobre as possibilidades de uso das grandes bases de dados nacionais para uma alocação orientada de recursos.

Os sistemas abordados em nossa investigação são processados no nível da Secretaria Municipal da Saúde através de *softwares* públicos que foram adaptados a realidade do nosso município, bem como obtidos por solução pronta de empresa particular, existente em outros municípios como é o caso do HYGIA.

Entre os cinco sistemas de base nacional, excluímos o SIH/SUS por entendermos que os dados produzidos por este sistema circulam apenas nos hospitais, não são coletados/alimentados pela rede básica de saúde nem oferecem retorno e subsídios que instrumentalizem as ações de saúde na tomada de decisão na referida rede.

Fizemos, portanto, um recorte interessado da realidade, optando por olhar para os sistemas de informação em saúde que circulam na rede básica municipal pública de saúde, os quais possuem características que possibilitam que os mesmos sejam utilizados enquanto instrumento no processo de tomada de decisão neste nível. Desta forma, os **objetivos** do presente trabalho são:

⇒ Descrever e analisar a constituição e organização dos quatro sistemas públicos de informação em saúde (SIM, SINASC, SIVE e HYGIA) na rede básica pública municipal em relação à sua finalidade, produção, utilização, fluxo (ascendente, descendente e lateral), integração, articulação, compatibilização e acesso.

⇒ Analisar como os sistemas públicos de informação em saúde instrumentalizam a tomada de decisão na rede básica pública municipal de

saúde, quais os princípios que a presidem e qual a lógica (intencionalidade) de produção de saúde que está presente.

Para uma maior aproximação ao objeto de investigação e sua problematização, faremos uma explanação sobre a informação no mundo contemporâneo, sobre os sistemas de informação em saúde, passando pela teoria dos sistemas e pela informação em saúde enquanto instrumento na tomada de decisão no nível local.

1.1. A INFORMAÇÃO NO MUNDO CONTEMPORÂNEO

Contemporaneamente, vivemos no mundo da informação, somos cotidianamente seus “interlocutores”. Passamos grande parte de nossa vida tentando entender o mundo através das informações, as quais são veiculadas pela televisão, jornal, rádio, revista, livro, multimídia, reunião, cinema, telefone, conversas informais e muitos outros meios.

Precisamos cada vez mais das informações para nos organizarmos, pessoalmente e socialmente, na busca de intervenções e manutenção do meio em que estamos inseridos. Enfim, somos provocados e provocamos a construção e disseminação da informação.

Concordamos com WURMAN (1991), ao afirmar que um dos grandes problemas a ser enfrentado pela civilização moderna é saber transformar informação em compreensão, ou seja, estruturá-la para maior clareza e acessibilidade. O autor ainda chama atenção para o fato de que o significado requer meditação, leva tempo para se apreendido, e o ritmo da vida moderna trabalha contra a idéia de nos dar tempo para pensar. Por outro lado, damos

uma atenção demasiada aos *hardwares* e muito pouco às pessoas. Desta forma, é preciso entender qual a finalidade da informação: o quê, para quê e o por quê.

Assim,

“o sentido de uma palavra não é outro senão a guirlanda cintilante de conceitos e imagens que brilham por um instante ao seu redor (...). Se o assunto em questão é, por exemplo, comunicação verbal, a interação das palavras constrói redes de significação transitórias na mente de um ouvinte (...). Quando ouço uma palavra, isto ativa imediatamente em minha mente uma rede de outras palavras, de conceitos, de modelos, mas também de imagens, sons, odores, sensações proprioceptivas, lembranças, afetos, etc” (LÉVY, 1993, p.22-23).

Este autor chama a atenção para a relação informação-significação, sendo que cabe destacar aqui o objetivo da Teoria da Informação, segundo COELHO NETTO (1983), que faz uma distinção entre estes dois aspectos. O aspecto da significação para esta teoria é visto como algo dependente do juízo interpretativo, do juízo valorativo, da opinião, da subjetividade e que a referida teoria ocupa-se apenas com dados objetivos capazes de serem manuscritos quantitativamente na linguagem numérica, ou seja, na análise informacional existe um conjunto de regras formais que indicaria “quanto” e não “o quê”.

Assim,

“o que interessa à análise informacional não é saber o que diz uma mensagem, mas quantas dúvidas ela elimina (...). As mensagens existem para eliminar dúvidas, reduzir a incerteza em que se encontra um indivíduo (...). Pressupõe ser finalidade específica de um texto, de um informador, mudar o comportamento de seu receptor (...).

A dúvida, em princípio, gera a imobilidade, a informação surge como agente dissipador de incertezas e cujo objetivo é provocar uma alteração no comportamento das pessoas” (COELHO NETTO, 1983, p.119).

COELHO NETTO (1983) traz a conclusão de que os campos da comunicação e da informação no quadro da Teoria da Informação não se recobrem com exatidão, embora se recortem, e que a Teoria da Informação é um estudo da estrutura da mensagem formalmente considerada, está centrada no código e trata do sistema (conjunto de elementos e normas de combinação). Por outro lado, a Teoria da Comunicação traz a tendência de ser considerada como o relacionamento mensagem-fonte-receptor, processo, a seqüência de atos espaço-temporalmente localizados.

A Teoria da Informação, portanto, tem um elevado desenvolvimento na matemática, baseia-se no conceito de informação definido por uma expressão isomórfica a da entropia negativa, significando o uso da informação enquanto medida da organização - da ordem (BERTALANFFY, 1977).

GONZÁLEZ de GOMEZ (1993) considera que, na versão da Teoria da Informação, a informação é independente de vínculo com o significado, como seqüência de sinais, no contexto da engenharia da comunicação. Ela analisa que um significado invariável estipulado na fonte, era concebido como independente das interpretações subjetivas de seus decodificadores e alheio à diversidade dos contextos em que estiveram situados o emissor e o receptor.

Por outro lado, a Ciência da Informação (CI) além do intercâmbio teórico-metodológico entre diferentes disciplinas do conhecimento acerca da informação, busca também o exame dos processos de geração da informação e da sua distribuição social (MARTELETO, 1995).

Na discussão sobre qual o objeto de investigação da Ciência da Informação, FERNANDES (1995) faz uma proposta sobre a identificação do referido objeto e para tanto refere-se a algumas definições encontradas na literatura da CI, relativas ao objeto de investigação como:

- informação e ou suas propriedades;
- comunicação ou os meios de transmissão da informação;
- comportamento humano em sociedade, quando se visa reduzir incertezas face a uma decisão.

FERNANDES (1995) Levanta alguns problemas relativos à estas definições: em primeiro lugar, não há acordo acerca do que seja informação; é identificado para onde se olha e não uma forma de olhá-la; e, ainda, o conceito de informação aparece como o resíduo de um processo, podendo ser qualquer coisa, desde que tenha a capacidade de reduzir incerteza de alguém ou de um grupo, ou seja, sabe-se como se olha, mas não se sabe o que se olha.

Assim, a referida autora encaminha a proposta de definir o objeto de estudo da CI como sendo a gestão institucional dos saberes, as ações exercidas pelas instituições modernas (o sistema produtivo capitalista, o Estado e os serviços de utilidade pública e a Ciência) sobre o fluxo de saber produzido pela sociedade e seus fluxos sobre ela. Desta forma, traz

a reflexão de que a informação definida neste contexto, *“não é qualquer coisa, mas o artefato produzido como resultante desta ação”*(...)

E ainda (...) que

“a informação não é o único fenômeno que interessa a CI, mesmo porque a informação não realiza em si mesma ou em seu contexto de produção, mas em outros contextos que não o informativo e estudá-la nesta esfera nos levaria a andar em círculos” (FERNANDES, 1995, p.29).

Nesta mesma direção, PACHECO (1995, p.21), analisa que os dogmas da Teoria Matemática da Informação pecam por dar vida e reconhecer ações em objetos. E, ainda, que artefatos não executam a ação do registro, eles são apenas fruto desta ação e que se não *“fosse por desconhecer a subjetividade humana, intrínseca em qualquer um de seus produtos, a Teoria da Informação teria mais utilidade do que se atribui a ela hoje em dia”*.

O referido autor conclui que os registros de conhecimento produzidos pelo homem, tornam-se artefatos⁴, mas que, no entanto, jamais serão objetivos. Acrescenta também que a informação enquanto artefato é espacial, temporal e morfologicamente contextualizada e que a contextualização não é um acaso estatístico.

LÉVY (1993) considera que o jogo da comunicação consiste em, através de mensagens, precisar, ajustar, transformar o contexto compartilhado pelos parceiros e que palavras, frases, letras, sinais ou caretas interpretam, cada um à sua maneira, a rede das mensagens anteriores e tentam influir sobre o significado das mensagens futuras.

⁴ Artefato com qualquer objeto confeccionado pelo homem. (PACHECO, 1995, p.21)

Traz como um destes exemplos uma partida de xadrez em que cada novo lance ilumina com uma luz nova o passado da partida e reorganiza seus futuros possíveis em situação de comunicação. Cada nova mensagem recoloca em jogo o contexto e seu sentido.

Aqui foram trazidos estes autores no sentido de buscar uma pequena aproximação com as diferentes possibilidades de olhar e entender a relação informação-significação e, de certa forma, demarcar que a informação pode possibilitar uma ação mais efetiva dos agentes que a produzem e a utilizam. Quanto à mudança de atitude, ao conhecimento, às relações que se estabelecem, a informação é um elemento de intervenção dos agentes que a produzem, manipulam e utilizam.

DRUCKER (1993), discutindo a sociedade contemporânea, vai nesta mesma direção e ao mesmo tempo traz a discussão de uma nova disciplina tecnológica no mundo, que não é mais o processo industrial. Suas questões nos colocam o desafio de (re)pensar a organização social, ou seja, o conhecimento a serviço das organizações, operando, portanto, com o paradigma do conhecimento, nos processos produtivos. Para este autor, conhecimento é uma nova potência de riqueza e divide a sociedade pós-capitalista dos países desenvolvidos em duas classes: “os *trabalhadores em serviços e os trabalhadores do conhecimento – executivos que sabem como alocar conhecimento para usos produtivos*” (DRUCKER, 1993, p.10). O “fator de produção”, ou seja, fator regulador, não é a terra, não é a mão de obra, não é o capital, mas é o conhecimento.

Discute, ainda, o novo significado de conhecimento relatando que a tecnologia foi inventada a partir de 1700 e que a própria palavra é um

manifesto que combina *techne* (palavra grega – mistério de uma habilidade), com *logia* (conhecimento organizado, sistemático e significativo). Antes deste período, apesar de ser elogiável não era conhecimento, limitava-se a uma aplicação específica e não tinha princípios gerais. Uma *techne* não podia ser explicada em palavras, faladas ou escritas, só podia ser demonstrada; e os ingleses não falavam em “habilidades”, falavam em “mistérios” (DRUCKER, 1993).

Apesar de DRUCKER (1993) discutir a sociedade pós-moderna para os países desenvolvidos, os países em desenvolvimento passam, contemporaneamente, por relações econômicas, políticas e sociais alteradas dentro do universo das “tecnologias globalizadas”, com as novas formas de comunicação através de processos virtuais, que, na verdade, têm a característica da simulação de vários aspectos da nossa linguagem.

Esta nova tecnologia que nos apresenta não se limita apenas ao plano dos conceitos, mas à simulação dos sentidos, pois nossa relação com o real não é mais uma adesão completa desta virtualidade simulada, são as interações que ocorrem via Internet.

Esta discussão no filme “A nova era da sociedade de informação”, da série Brasil Pensa (1997) da TV Cultura⁵, traz a questão do indivíduo sentado à frente do computador como um apêndice dessa enorme virtualidade. E mais, esta experiência como sendo temerosa, fantástica e perigosa para a sociedade. Estamos em um momento de alarmismo e

⁵ Discussão entre Prof. José Artur Gianotti, filósofo, Diretor do CEBRAP e o Prof. Eduardo Viveiros Castro, antropólogo do Museu Nacional da UFRJ, com a coordenação de Luciano Coutinho.

entusiasmo. Algumas perguntas emergiram deste debate e precisam ser (re)pensadas. Uma delas se aproxima de nossas inquietações refere-se à: **Até que ponto a enorme quantidade de informação nos possibilita pensar?** De um lado nos universaliza, e outro nos coloca em tempo atual. A informação polui, custa caro, muda o sentido e o pensamento. Não é uma máquina, mas nos abre para o “novo”.

Na realidade, o conjunto das tecnologias muda a maneira como o ser humano se relaciona com a “informação” e com os outros seres humanos, alargando as experiências. Mas é preciso (re)pensar se não estamos diante de uma experiência de universalidade, de globalidade que nos limita, controla e, ainda, se ela realmente existe e se não faz parte das nossas ideologias.

Em uma outra direção, STUMPF (1997), ao falar do livro de Pierre Levy, do ano de 1996, sobre o que é virtual, analisa em concordância com o referido autor, que o caminho do virtual é o inevitável e que a passagem do virtual é a força e a velocidade pelas quais se direciona a cultura atual. E, ainda, que a virtualização da economia, coloca-a dependente de dois bens primordiais e particulares: a informação e o conhecimento. Enfatiza a visão do autor de humanizar a virtualização no lugar de ser uma ameaça a tecnologia atual ao homem, bem como que o uso dela, cada vez mais presente no nosso cotidiano, amplia as possibilidades humanas, criando um novo modo de aprender e de pensar.

SOUZA (1996, p.39), citando o conceito de globalização do professor de filosofia contemporânea da USP, Paulo Arantes, diz que:

“Globalização, segundo Arantes, significa uma sociedade sem fronteiras, interdependência, paridade, fluxo em todos os sentidos, um conjunto de oportunidades e riscos para todos. ‘Isso é um mito’, diz ele, ‘não existe, é uma brincadeira, é um discurso, e as pessoas que estão falando em globalização estão sonhando’”.

Analisa ainda, que “o que está acontecendo desperta interpretações polarizadas, enfocadas sob prismas diferentes e, muitas vezes, recheados de aspectos polêmicos (...)”. Diz que

“o processo de globalização - da economia, das comunicações e da cultura, comporta os mais variados entendimentos, desde a sua negação como algo novo na face da terra até sua afirmação como algo inédito, irreversível e incontrolável” (SOUZA, 1996, p.39).

Estas idéias, sobre a globalização, também são questionadas por ATAÍDE (1997), que aborda as mudanças de paradigmas trazidos pelo processo de globalização, os quais nem sempre são favoráveis para a sociedade. Ao trazer os resultados dos efeitos da globalização em relação à sociedade da informação e fazendo contraponto com dois autores (Yoneji Masuda e Peter Drahos), aponta aspectos desfavoráveis como o privilégio de monopólio de informações, através de companhias e de leis, que criam barreiras financeiras para a população, ou seja, o direito da propriedade intelectual que garante ao autor cobrar taxa sobre a sua produção, levando ao feudalismo informacional.

E, ainda, que pessoas carentes economicamente de acesso a uma rede como a Internet, podem ser colocadas em posição desvantajosa, visto que o acesso se dá por pagamento.

Assim, se produziria um espaço social mais desigual, prevalecendo o interesse dos mais ricos, ávidos em obter grandes lucros, impondo o prejuízo ao mais pobres (Drahos *apud* ATAÍDE, 1997).

Como aspecto favorável, a mesma autora analisa Yoneji Masuda, o qual tende a afirmar que na sociedade da informação predominará o direito de uso, não o direito de propriedade, e que o princípio da cooperação, ao invés do princípio da competição, será o princípio básico da sociedade, ou seja, o objetivo social será comum entre os indivíduos (Masuda *apud* ATAÍDE, 1997).

Ao fazer a conclusão do seu artigo, ela ainda enfatiza que temos duas visões diferentes sobre o futuro da sociedade da informação, uma sob a ótica do ideal democrático que elege o compartilhamento de dados e informações sem barreiras, e a outra visão, que mais traduziria a realidade atual, ou seja, a existência de barreiras impedindo aos menos afortunados o acesso às informações das quais precisam.

Apontamos estas discussões com a intenção de (re)pensar como as informações no mundo contemporâneo alteram as relações entre as pessoas, o mercado e Estado e quais os aspectos que suscitam consideração nesta nova era da informação.

A lógica da rapidez na busca de mais informação em um menor tempo, acaba por contribuir com um tempo reduzido na absorção das informações e a tecnologia passa a ser utilizada para racionalizar, mais do que para melhorar a qualidade de vida.

Somos produtos dessas mudanças ocorridas na tecnologia, visto que vivemos numa sucessão de lugares, numa urbanização rápida e violenta

em que a tecnologia vem penetrando a vida social, possibilitando, de um lado, maior acesso a recursos de poder e, de outro, maior exclusão destes.

Por outro lado, as informações, quando selecionadas, nos ajudam (re)pensar e aprender, ampliando nossas possibilidades de criar e (re)criar e, desta forma, somos sujeitos ativos e atores da informação.

É importante, ao trazermos tais idéias, pensarmos na área da saúde e no recorte que fazemos neste estudo quanto à informação em saúde.

Uma primeira consideração nos remete à compreensão que temos de tecnologia e, para tanto, uma abordagem com a qual concordamos é a de MENDES-GONÇALVES (1996), que nos apresenta o conceito de organização tecnológica do trabalho em saúde. Ao desenvolver este conceito considera a *“tecnologia como um conjunto de saberes e instrumentos que expressa, nos processos de produção dos serviços a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social”* (MENDES-GONÇALVES, 1996, p.32).

Esta discussão mostra-se importante ao olharmos para a temática desta investigação, uma vez que estamos considerando tecnologia os saberes específicos que permeiam a questão da informação em saúde e as ferramentas, instrumentos, máquinas, ou seja, os equipamentos de produção e constituição dos fluxos, armazenamentos e disseminação destas informações, bem como a ação e as relações sociais dos agentes que produzem, manipulam e utilizam as mesmas na tomada de decisão.

Consideramos a informação na área da saúde não apenas como um instrumental sistêmico-funcional, mas, também, como um processo de relações que permite analisar os ruídos no cotidiano dos serviços, nos

processos de intervenção em saúde, pois pode ser analisadora dos jogos instituintes e instituídos que atravessam as instituições de saúde.

Segundo MERHY *et al.* (1997, p.124):

“(...) operar neste campo de atividades como se ele fosse só captador e portador da lógica sistêmica e instrumental das práticas – sob a idéia de que os serviços de saúde funcionam como ‘máquinas cibernéticas’, a exemplo de um computador, que tem um hardware (estrutura), um modo fechado de operar (processo) e produzisse resultados bem definidos, e passíveis de serem apreendidos plenamente pela conformação de um sistema de informação baseado na exclusiva lógica destes indicadores de estruturas, processos e resultados em saúde – é negar a expressão vital e estratégica da informação como uma poderosa ferramenta que pode contribuir para os processos de intervenção institucional, na linha que temos sugerido até agora”.

Outra consideração refere-se à acumulação da informação produzida pelos serviços de saúde, em seus diferentes níveis (rede básica – UBS e UBDS e no nível central do município), que podem conformar um maior acesso e possibilidades de intervenção como também uma imobilização e inércia na utilização dessas informações no cotidiano do trabalho.

Tomando como referência essas considerações, pensamos na necessidade de expor algumas concepções da palavra informação, que julgamos importantes, neste momento de reflexão, na construção do nosso objeto de estudo.

De acordo com WURMAN (1991, p.43)

“(...) é imperativo fazer a distinção entre dados e informação. Informação deve ser aquilo que leva à compreensão (...) o

que constitui informação para uma pessoa pode não passar de dados para uma outra. Se não faz sentido para você, a denominação de informação não se aplica”.

Ao definir o conceito de informação, WURMAN (1991, p.42) traz a análise sobre sua origem latina *informare* significando “a ação de formar matéria, tal como pedra, madeira, couro (...)”. Comenta que a palavra entrou para a língua inglesa no século XVI, sendo sua definição mais comum a “ação de informar, formação ou modelagem da mente ou do caráter, treinamento, instrução, ensinamento, comunicação de conhecimento instrutivo”. Relata, ainda, que a palavra tornou-se parte do vocabulário da ciência das mensagens alguns anos após a Segunda Guerra Mundial, ou seja, “informação” como um termo tecnológico para definir qualquer coisa que fosse transmitida por um canal elétrico ou mecânico.

FREITAS & KLADIS (1995), também alertam para a distinção que deve ser observada entre informação e dado. Apontam vários conceitos encontrados na literatura sobre essas duas terminologias que confirmam as suas posições, ressaltando que:

“(...) é importante que os responsáveis pelo desenvolvimento de sistemas de informações tenham a consciência de que dados não possuem significados para o tomador de decisão. Somente após o tratamento desses dados pelos recursos informacionais disponíveis, estes poderão ser transformados em informação e disponibilizados” no momento e na forma adequados para serem utilizados com eficiência pelo usuário” (FREITAS & KLADIS, 1995, p.75).

Baseado em outros autores, FREITAS & KLADIS (1995) apresentam como atributos da informação, fornecidos por um sistema de informação:

- › finalidade: garante o entendimento da informação para o sistema e para o usuário;
- › modo e formato: importante para a realização dos objetivos;
- › redundância e eficiência: garantia contra os erros de comunicação;
- › velocidade: tempo gasto para se entender um determinado problema;
- › frequência: com a qual se recebe ou transmite a informação;
- › determinística ou probabilística: a primeira normalmente admite apenas um resultado e a segunda admite um conjunto de resultados;
- › custo: toda informação tem um custo;
- › valor: depende muito de outras características, como modo, velocidade, frequência, características determinísticas ou probabilísticas, confiabilidade e validade;
- › confiabilidade e precisão: calculada para um determinado período;
- › exatidão: comparar “o que é” com “o que deveria ser”;
- › validade: grau do que deve representar;
- › atualidade;
- › densidade: indica volume de informação presente em um relatório ou tela;
- › corretiva: se vem para corrigir uma informação já existente;
- › confirmatória: confirma uma informação já existente.

E lembram que *“além desses atributos, é necessário que a informação seja pertinente à situação. De nada adianta que a informação possua todos os*

atributos citados, se não é pertinente à situação que o decisor está enfrentando” (FREITAS & KLADIS, 1995, p.80).

As discussões até aqui apresentadas permitem apontarmos o **primeiro pressuposto** do trabalho, ou seja: as informações em saúde são geradas para responder aos objetivos e finalidades da área e dos serviços de saúde, devendo estar integradas com as diretrizes políticas de saúde mais gerais, como os planos de governo no nível municipal, estadual e federal.

Os atributos da informação e a pertinência à situação possibilitam uma maior eficiência do sistema, bem como possibilitam sua utilização enquanto uma ferramenta analisadora no agir em saúde nos processos de intervenção.

Em se tratando da área da saúde, torna-se necessária a observação dos atributos da informação aqui relatados, de tal maneira que, na produção da informação ou em sua utilização pelos agentes/usuários, os ruídos possam ser analisados e as potências que facilitam o agir na produção de serviços de saúde observadas.

Para o administrador público Osvaldo Maldonado Sanches, em nossos dias existem muitas definições de informação, sendo que muitas são questionáveis em sua validade, acolhendo uma definição utilitária de informação, apontando que informação é o resultado do processamento de dados e que tem significado para quem é usuário, tendo valor nas decisões (SANCHES, 1997).

O mesmo autor elenca algumas diversidades nos atributos das informações:

“a) ser verdadeira ou falsa, se corresponde à realidade ou não;

- b) ser nova ou velha, se adiciona ou não conhecimento novo a quem recebe;*
- c) ser corretiva ou ratificativa se modifica ou confirma informação anterior;*
- d) ser original ou complementar, se inclui ou atualiza/amplia informação” (SANCHES, 1997, p.76).*

Ressaltamos que as informações podem ser obtidas de duas fontes: as formais e as informais. As formais transitam pelos canais convencionais da organização ou entre organizações. São estruturadas e provêm do meio externo. Ex.: correspondências entre organizações, comunicações de órgãos governamentais e as dos sistemas computacionais interligados. As informais não possuem caráter oficial. São bastante volumosas e muito desestruturadas. Ex.: de origem externa: jornais, revistas, televisão, rádio, conversas com grupos informais, seminários, feiras, congressos; de origem interna: fofocas no restaurante da organização ou no café (FREITAS & KLADIS, 1995).

Relatamos esta variedade de atributos da informação, acreditando na importância de ajustarmos nossas lentes em relação ao objeto de estudo deste trabalho. Desta forma, cabe esclarecer que optamos por informações em saúde obtidas de fontes formais. Entendemos que informações em saúde formais circulam em nossa rede básica municipal de saúde e que possuem diferentes e variados atributos dentro do que foi exposto no último parágrafo.

Entendemos, ainda, que há um conjunto extenso de informações, organizadas em forma de sistemas pelas instituições de saúde no nível federal, estadual e municipal e que circulam entre esses níveis. Por outro lado,

há outras informais, que no momento não fazem parte do nosso estudo, mas que de qualquer forma produzem ruídos no cotidiano do trabalho.

1.2. Os SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Cotidianamente, ouvimos a palavra sistema, indicando coisas de naturezas distintas, ou seja, a princípio coisas que nada tem umas com as outras (ex: sistema eletrônico, sistema de informação, sistema de ensino). São, sim, expressões iniciadas com a mesma palavra “sistema”.

Para que possamos entender melhor o que estamos querendo dizer com a expressão sistema de informação, buscamos alguns autores que trabalham com seu conceito, bem como com a sua história.

Um destes autores é CARVALHO (1998), que, trabalhando o conceito de sistema, constatou o que a idéia original desta palavra tomou corpo quando começou a ser associada com a Informática e, ainda, que sua aplicação prática e sua generalização surgiram e se desenvolveram, essencialmente, após a Primeira Guerra Mundial.

Esclarece que isto só foi possível devido a três forças independentes entre si: o crescimento das organizações modernas e a necessidade de seu controle; a evolução da indústria eletrônica (por caminhos e com motivações distintas das outras duas forças), que possibilitou a produção de computadores; e, a última das forças, relativa ao pensamento científico e filosófico, que buscava compreender os novos fenômenos e desafios da natureza e do mundo em transformação acelerada.

BERTALANFFY (1977), biólogo alemão, preocupado com a grande variedade de correntes de pensamento e em concordância com outros pensadores da comunidade científica, apresentou pela primeira vez, em 1937, a expressão “Teoria Geral dos Sistemas”. Esta teoria consistia, essencialmente, numa ampla concepção que transcendia os problemas e exigências tecnológicas da época, refletia principalmente a necessidade de se desbloquear, integrar e aproximar as diversas correntes do pensamento científico em uma única disciplina, pois na época a divisão do pensamento em várias especialidades auto-limitadas em alcance, totalmente separadas e estanques, sem uma linguagem comum, não era aceitável nem benéfico.

A Teoria Geral dos Sistemas era para BERTALANFFY (1977)

“(...) uma reorientação que se tornou necessária na ciência em geral e na gama de disciplinas que vão da física e da biologia às ciências sociais e do comportamento à filosofia. É uma concepção operatória com variáveis de sucesso e exatidão, em diversos terrenos, e anuncia uma nova compreensão do mundo, de considerável impacto” (p.8).

Esta explicação de BERTALANFFY aponta a necessidade que ele teve frente aos novos problemas da ciência física clássica em estabelecer novos instrumentos conceituais para problemas de múltiplas variáveis da biologia, das ciências e do comportamento, ou seja,

“(...) a inclusão das ciências biológicas, social e do comportamento junto com a moderna tecnologia exige a generalização de conceitos básicos da ciência. Isto implica em novas categorias do pensamento científico, em comparação com as existentes na física tradicional e os modelos introduzidos com esta finalidade são de natureza interdisciplinar” (BERTALANFFY, 1977, p.132).

CHIAVENATO (1983, p.517) também nos ajuda a trazer o cotidiano da utilização desta terminologia, assinalando que “sistema” é geralmente empregado no sentido de sistema total e que os componentes necessários à operação de um sistema total são chamados subsistemas que, por sua vez, são formados pela reunião de novos subsistemas mais detalhados. Acrescenta o fato dos sistemas poderem operar simultaneamente, em série ou em paralelo.

“(...) não há sistemas fora de um meio específico (ambiente): os sistemas existem em um meio e são por ele condicionados. Meio-ambiente é o conjunto de todos os objetos que, dentro de um limite específico, possam ter alguma influência sobre a operação do sistema. Os limites (fronteiras) são a condição ambiental dentro da qual o sistema deve operar”.

Por outro lado, o mesmo autor coloca em destaque que é difícil dizer onde começa e onde termina determinado sistema, pois, segundo ele, existe certa arbitrariedade nos limites (fronteiras) entre o sistema e o seu ambiente, sendo possível *“passar de um sistema para outro que o abrange, como também passar para uma versão menor e nele contida”* (CHIAVENATO, 1983, p.516).

Tomar estas considerações históricas nos ajudam a esclarecer a expressão Sistema de Informação que ora estamos utilizando.

Assim, trazemos algumas definições que vão na mesma direção, que se complementam e que nos ajudaram tomar uma posição quanto ao conceito que adotamos nesta investigação.

Dentro da perspectiva sistêmica, sistema é definido como um *“complexo de componentes em interação”* (BERTALANFFY, 1977, p.128); *“um todo*

complexo e organizado/uma reunião de coisas ou partes formando um todo unitário e complexo” (CHAVES, 1980, p.5).

“(...) um sistema é um todo determinado, isto é, algo que podemos visualizar em separado do resto das coisas e que, ao mesmo tempo, interage e está em permanente contato (sendo influenciado e influenciando) com essas outras coisas. (...) é formado por partes menores, igualmente distinguíveis umas das outras e que, como o próprio sistema maior, também interagem entre si (...)” (CARVALHO, 1998, p. 36-37).

“(...) ‘sistema’ tem muitas conotações: ‘um conjunto de elementos interdependentes e interagentes; um grupo de unidades combinadas que formam um todo organizado e cujo resultado (output) é maior do que o resultado que as unidades poderiam ter se funcionassem independentemente” (CHIAVENATO, 1983, p.515).

CHURCHMAN (1972) indo na mesma direção dos outros autores, através de um debate, traz o conceito de sistema, enfatizando a diversidade de pontos de vista e a existência de um grande número de definições deste enfoque e prossegue afirmando: *“Os sistemas são constituídos de conjuntos de componentes que atuam juntos na execução do objetivo global do todo. O enfoque sistêmico é simplesmente um modo de pensar a respeito desses sistemas totais e seus componentes (...)” (CHURCHMAN, 1972, p.27-28).*

Afirma, ainda, que algumas das descrições de sistemas não são de modo algum evidentes e que há modos de descrever sistemas que não ocorreriam à maioria das pessoas que tendem a ver o mundo de uma maneira familiar.

Apesar do referido autor ter verificado que existem várias definições de sistema, os definidores estão de acordo em que um sistema é um

conjunto de partes coordenadas para realizar determinadas finalidades e que, para tomar esta definição mais precisa e também mais útil, é necessário dizer o que entendemos por partes e sua coordenação. Enfim, o que é o sistema total, o ambiente que vive, a finalidade e como esta é mantida pelas atividades das partes. Três outros conceitos da Teoria Geral de Sistemas são importantes: totalidade, propósito ou objetivo.

A totalidade refere-se à

“(...) natureza orgânica do sistema, pela qual uma ação que produza mudança em uma das unidades do sistema, com muita probabilidade deverá produzir mudanças em todas as outras unidades deste (...) o sistema sempre reagirá globalmente a qualquer estímulo produzindo em qualquer parte ou unidade (...)”

Quanto ao conceito de propósito ou objetivo significa dizer que *“todo sistema tem um ou alguns propósitos ou objetivos. As unidades ou elementos (objetos), bem como os relacionamentos, definem um arranjo que visa sempre um objetivo a alcançar (...)”* (CHIAVENATO, 1983, p.516).

Uma das características dos sistemas derivada destes dois conceitos diz respeito a entropia e a homeostasia, sendo que entropia

“(...) é a tendência que os sistemas têm para o desgaste, para a desintegração, para o afrouxamento dos padrões e para a aleatoriedade (...) a medida que aumenta a informação diminui a entropia, pois a informação é a base da configuração e da ordem (...) daí surge o conceito de negentropia, ou seja, a informação como meio ou instrumento de ordenação do sistema (...)” (CHIAVENATO, 1983, p. 516).

Segundo a Enciclopédia 26 do Sistema Einaudi, sistema é uma verdadeira teoria, um modelo capaz de dar conta dos níveis de

organização na sua autonomia ou se reduz a uma cômoda forma lingüística. O termo sistema vem encarar idéias de conhecimento e a articular um conjunto de teses sobre o real, mas ao mesmo denota os mais dispares conflitos, de natureza científica, relativos à gestão intelectual e prática do real (ROMANO, 1993).

Estas considerações são importantes para articular o tema desta investigação: a informação em saúde no contexto de sua inserção.

Quando nos referimos ao Sistema de Informação em Saúde, este está inserido em um sistema maior e mais complexo: o Sistema Único de Saúde. Os sistemas se misturam à medida que seus componentes trazem uma visão em comum, ou seja, atingir a qualidade da assistência a saúde, através de atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, tendo como finalidade global a qualidade de vida e que indiscutivelmente tem a ver com os vários outros sistemas como Estatístico Nacional (estatísticas vitais), Registros Administrativos (em geral dos governos), educação, moradia, habitação, transporte e todos os outros relevantes a vida.

Temos o entendimento de que a informação em saúde no município de Ribeirão Preto tem sua característica própria de organizar-se conforme a dinâmica dos serviços de saúde e que também imprime mudanças nessa mesma dinâmica. Ou seja, o sistema de informação recebe influência e influencia a maneira como é organizada e prestada a assistência à saúde.

Tomando o conceito de sistema, consideramos o conjunto de informações em saúde como partes que se configuram e se constituem em vários sistemas distintos.

É importante salientar que CHAVES (1980), ao tratar sobre saúde e sistema, afirma que a idéia de sistema dá uma conotação de plano, método, ordem, arranjo e que o antônimo de sistema é o caos.

Para complementar essas idéias sobre sistema, destacamos que existem tipos de sistema, ou seja, possibilidades de classificá-los de acordo com certas características básicas, que, segundo CHIAVENATO (1983), podem ser quanto à sua constituição e quanto à sua natureza.

1. Quanto à constituição:

Sistemas físicos ou abstratos: o primeiro tipo reportando-se a equipamentos, coisas e objeto (Ex. *hardware*); o segundo composto por planos, hipóteses e idéias (*software*).

2. Quanto à natureza:

Sistemas abertos ou fechados: os fechados, não apresentam intercâmbio com meio ambiente, já os abertos apresentam intercâmbio com o ambiente, através de entradas ou saídas, e para que sobrevivam é necessário reajustarem-se constantemente com o meio. Este fluxo de entrada e saída é mantido, evitando o aumento da entropia, e podem desenvolver-se em um estado de crescente ordem ou organização (entropia negativa). Segundo este autor, o conceito pode ser aplicado a diversos níveis de abordagem: ao nível do indivíduo, ao nível do grupo, ao nível da organização e o ao nível da sociedade, indo desde um microssistema até um supra-sistema. Este fluxo do sistema aberto é representado através da Figura 1.

Fonte: CHIAVENATO (1983, p. 518)

Figura 1 – Modelo Genérico de Sistema Aberto

Esclarecendo melhor o fluxo acima, que nem sempre tem um movimento no sentido convencional, CHIAVENATO (1983, p.519) caracteriza também os sistemas conforme os parâmetros, ou seja, *“parâmetros são constantes arbitrárias que caracterizam, por suas propriedades, o valor e a descrição dimensional de um sistema específico ou de um componente do sistema (...)”* e são classificados em *“entrada ou insumo (“input”); processamento ou transformador (“throughput”); saída ou resultado ou produto (“output”); retroação ou retroalimentação ou retroinformação (“feedback”); ambiente (“environment”)*

O processador é uma caixa negra, pois nela entram os insumos e dela saem coisas diferentes, que são os produtos.

Neste movimento, e fundamentando-nos nos conceitos, características e parâmetros aqui apresentados de sistema, para fins deste trabalho, consideramos sistema formal de informação em saúde a dinâmica que inclui a coleta, registro, processamento, análise, divulgação, acesso às informações e a tomada de decisão nos serviços da rede básica pública de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Sistema de informação em saúde para o Escritório Regional da OMS,

“(...) é um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária para se organizar e

operar os serviços de saúde e, também, para a investigação e o planejamento com vistas ao controle de doenças (..) e que o propósito do sistema de informação em saúde é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e indivíduos que planejam, financiam, administram, provêem, medem e avaliam os serviços de saúde” (OMS apud MORAES, 1994, p. 26).

Olhando para os sistemas de informação em saúde, temos aqueles que se referem à condição do doente, atributos do processo saúde-doença, de sua vida e inserção no meio ambiente e sistemas referentes às condições de atuação dos próprios serviços de saúde, ou seja, a avaliação destes. Este quadro de referência é dinâmico e imprime características específicas nos sistemas de informação, configurando os sistemas conforme as realidades e necessidades que emergem do meio onde é tomada a decisão.

Tanto um sistema quanto outro requer que se tenham à disposição indicadores para que se possa conhecer e analisar a situação de saúde da população e a atuação dos serviços de saúde.

EDUARDO (1990, p.74), baseando-se na proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS), em relação à avaliação em saúde, traz cinco modalidades de indicadores. A saber:

“1- indicadores da política sanitária, englobando o compromisso político de alcançar: a saúde para todos, a distribuição de recursos suficientes para a atenção primária em saúde, o grau de equidade na distribuição de recursos, o grau de participação da comunidade na obtenção da saúde, definição de uma estrutura orgânica e administrativa adequada como estratégia nacional para alcance de saúde

para todos e as manifestações práticas de compromisso político internacional em favor da saúde para todos.

2- Indicadores sociais e econômicos, como taxa de crescimento da população, produto nacional bruto (PNB) ou produto interno bruto (PIB), distribuição de recursos e gastos com saúde, condições de trabalho, índice de alfabetismo de adultos, condições de habitação e disponibilidade de alimentos energéticos por habitantes.

3- Indicadores da prestação de atenção de saúde, como disponibilidade, acessibilidade material, acessibilidade econômica e cultural, utilização dos serviços e indicadores da qualidade da assistência.

4- Indicadores da cobertura da atenção primária de saúde, como aqueles relacionados com o nível de 'alfabetismo sanitário', disponibilidade de sistemas adequados de água e esgoto, acesso das mães e crianças à atenção de saúde local, assistência adequada ao parto, cobertura vacinal adequada das crianças em relação às principais doenças infecciosas, disponibilidade de medicamentos essenciais durante todo o ano, acesso aos serviços de referência e relação adequada de profissionais de saúde por habitante, tanto no nível da atenção primária quanto da referência.

5- Indicadores do estado de saúde, como percentagem de recém nascidos com baixo peso ao nascer, acompanhamento nutricional e psicossocial das crianças, taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade nas primeiras idades”.

O mesmo autor analisa que estudos mais recentes, sobre a metodologia da avaliação dos serviços de saúde, estão propondo um conjunto mais complexo de indicadores. Uma nova configuração para o sistema básico de informação em saúde envolve, segundo ele, três sistemas e não necessariamente os indicadores acima colocados.

“(...) os que deverão subsidiar a avaliação da estrutura organizacional estão relacionados, basicamente, com o modelo de organização, com os mecanismos de gestão, funcionamento e desempenho dos serviços (...).

(...) relativos a avaliação das formas de atuação/programas deverão refletir o processo pelo qual atua a instituição na busca de seus objetivos(...).

(...) Os sistemas que alimentam os resultados/impactos deverão refletir o alcance dos objetivos dos serviços, ou seja, o estado de saúde da população, e se relacionam mais diretamente com o processo saúde/doença” (EDUARDO, 1990, p.74-76) (grifo nosso).

Do ponto de vista de CARVALHO & EDUARDO (1998), os administradores deverão adotar novas condutas e modelos de administração não sendo possível trabalhar apenas com sistemas informais e, ainda, que a informação é suporte básico racional e eficiente. Assim, para estes autores, *“o desenho dos sistemas dependerá essencialmente das atividades de planejamento e programação, das estratégias e políticas de saúde, da correta priorização de atividades e investimentos e, certamente, de uma firme vontade política de reformular o modelo de gerência” (p.31).*

Dentre estas modalidades de indicadores e dos três sistemas, nosso recorte está direcionado para os sistemas públicos formais que estão voltados para os indicadores do processo saúde/doença da população e que contribuem para a tomada de decisão na rede básica de saúde. São informações necessárias para o planejamento, organização e avaliação da assistência na rede básica de saúde.

As considerações apresentadas nos direcionam por optar pela seleção de alguns sistemas organizados no nível federal e também no município de Ribeirão Preto, como:

O Sistema de Coleta e Análise de Estatísticas Vitais - **SICAEV-RP**: criado através da portaria municipal nº 297 de 20/07/90, complementada pela de nº 1071 de 27/09/90, que foi organizado por um grupo de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (médicos, enfermeiras e técnicos de nível médio) e do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com participação inicial da Secretaria Municipal do Planejamento: este sistema engloba os sistemas de mortalidade e de nascimento os quais serão divididos didaticamente em SIM-RP e SINASC-RP:

- ┌ **SIM-RP** (Sistema de Informação de Mortalidade) criado em 1990.
- ┌ **SINASC-RP** (Sistema de Informações de Nascidos Vivos): foi assumido seu processamento no nível do Município em março de 1993; já havia sido implantado nos hospitais de Ribeirão Preto em 1990, pelo antigo ERSA 50, atualmente DIR XVIII.
- ┌ **SIVE-RP** (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica): implantado no final de 1989, a partir da municipalização da saúde; anteriormente, a responsabilidade pela Vigilância Epidemiológica era dos Centros de Saúde do Estado, sendo que a coordenação e o controle ficavam centralizados no ERSA 50.
- ┌ **HYGIA-RP** (Sistema de Atendimento Ambulatorial Informatizado): solução de *software* e *hardware* pronta, adquirida em 1993 para a rede

básica municipal. As etapas de implantação foram sistematizadas, iniciando-se em 1994, através de um projeto básico que registrava os dados sobre os procedimentos da área médica e implantação completa de todos os recursos do sistema em uma única unidade piloto da rede básica de saúde.

Todos os referidos sistemas de informação em saúde, no que se refere aos seus dados, são de domínio público e processados no nível central de saúde do município, ou seja, na Secretaria Municipal da Saúde. Estes sistemas serão apresentados em suas especificidades no Capítulo 3.

Os três primeiros foram criados pelo Ministério da Saúde, a saber: SIM-MS – Sistema de Informação de Mortalidade, em 1975; SINASC-MS, concebido em 1989 e implantado em 1990. Quanto ao Sistema de Informação em Vigilância Epidemiológica, mais precisamente sobre pólio, raiva, meningite e também sobre imunizações, existe no nível federal desde 1975.

Nesta mesma direção, MISOCZKY (1991) propõe um Sistema de Informação, que atenda um modelo assistencial na implantação de técnicas não convencionais para a coleta de informações de natureza epidemiológica e sócio-econômicas, passando, desta forma, a contribuir para transformação da prática sanitária, atuando como instrumento, enfocando os problemas de saúde da população e contribuindo na solução dos mesmos. Neste sentido, o sistema de informação deve permitir aos gestores, aos trabalhadores de saúde e à população conhecer com atualidade e profundidade as matérias sobre as quais devem decidir.

DONALÍSIO (1993) também aponta o que deve ser incluído em um Sistema de Informação no âmbito da rede municipal de saúde:

compromisso com o seguimento de pacientes crônicos, capacidade de prevenir formas graves e complicações de doenças, relação equipe-paciente, integralidade das ações, demanda reprimida, impacto de programas nos padrões de morbidade e mortalidade municipais” (p.68).

¶ **A investigação da opinião da clientela:** essas avaliações podem ser efetuadas de forma rigorosa através de investigações em campo, sendo que a opinião da clientela pode ser recolhida das caixas de sugestões nas unidades, de investigações em sala de espera, em reuniões de grupos terapêuticos ou nos Conselhos de Saúde. A autora ressalta que é fundamental o apoio de informações epidemiológicas que definam as necessidades de incorporação tecnológica e o perfil da equipe de saúde, permitindo desta forma garantir à população o acesso às ações e serviços resolutivos e com tecnologia adequada.

A gestão dos sistemas locais de saúde precisa contar com bons sistemas de informação, ou seja, um sistema organizacional requer componentes interatuantes como: informação, decisão e ação. Para a tomada de decisão são necessários parâmetros e variáveis que façam parte do processo informativo.

Neste sentido, existem operações básicas para que o sistema de informação em saúde defina as informações mais importantes e que contribuirão para a tomada de decisão.

Desta forma, são incluídas algumas etapas apresentadas por FERRERRO & GIACOMINI (1973) e também trabalhadas por MORAES (1994), representada pela Figura 2.

Figura 2 – Esquema Geral de Produção de Informação

Essas etapas contidas na Figura 1 (p.28) e 2 (p.36): entradas, processamento, saídas e retroalimentação, transitam pela rede básica pública municipal, através de um fluxo elaborado para a produção da informação em saúde, conforme o objetivo do sistema de informação, direcionando, muitas vezes, a origem dos dados (coleta e transmissão) para a rede básica, seu processamento para o nível central da SMS e a tomada de decisão para os vários níveis do município. O parâmetro da retroalimentação (*feedback*), seja em qual nível ocorra, é vital, a fim de que novas opções de decisões possam ser tomadas levando em consideração a necessidade de (re)direcionar o processo de coleta, análise e tratamento dos dados.

Para que sistemas de informação “sejam realmente úteis, é preciso haver homogeneidade na compilação dos dados de modo a permitir sua consolidação e comparação” (RODRIGUES & GOIHMAN, 1990, p.488).

Estes dois autores discutem os fatores que têm contribuído para acelerar a introdução da tecnologia da informação nas organizações e destacam entre eles:

“ Convergência tecnológica, caracterizada pela crescente disponibilidade de computadores de baixo custo, grande capacidade de processamento e fácil operação, assim como recursos de programação (software) padronizados e de aprendizado rápido;

Aumento do número de pessoas habilitadas a usar computadores e produtos de programação destinados à geração de aplicações complexas;

Reconhecimento da eficácia e eficiência dos sistemas de informação no apoio à gestão das organizações (planejamento, operação e controle);

Reconhecimento de que os recursos modernos da TI⁶ constituem a tecnologia apropriada para países em desenvolvimento e pequenas organizações” (p.489)

No município de Ribeirão Preto, cenário desta investigação, os sistemas aos quais estamos nos reportando incluem informações muitas vezes colhidas na própria rede, processadas no nível central da SMS e enviadas, enquanto relatórios, planilhas, para a rede básica.

Ou seja, um conjunto de dados é colhido na rede básica de saúde que retroalimenta os sistemas de informação, processados no nível central, mas que nem sempre têm o adequado retorno ao nível que as coletou, registrou e enviou. Desta forma, temos dúvidas em relação à sua utilização, para a tomada de decisão, visto o desconhecimento de sua finalidade por grande parte dos trabalhadores da saúde.

Não só o retorno da informação para o nível local é questionado, mas também muitos aspectos ligados ao fluxo, utilização, integração e articulação destes sistemas na rede, bem como em que contexto são utilizados na tomada de decisão pelos trabalhadores da saúde.

Neste sentido, direcionando o olhar para a realidade concreta da rede básica de saúde de Ribeirão Preto, levantamos as seguintes questões relacionadas aos quatro sistemas deste estudo:

| Todos eles são operacionalizados e utilizados no cotidiano do trabalho em saúde na rede básica?

⁶ Para o autor a sigla “TI” significa Tecnologias da Informação.

| Quais os dados que são gerados pela rede básica na retroalimentação destes sistemas?

| Qual a dinâmica deste fluxo (nível hierárquico, lateral, ascendente e descendente)?

Acreditamos que o sistema de informação em saúde no município de Ribeirão Preto é composto por sistemas interdependentes, distintos entre si, possuindo uma certa autonomia em relação ao todo, mas que ainda não compõem a unidade sistematizada.

1.3. INFORMAÇÃO EM SAÚDE ENQUANTO INSTRUMENTO NA TOMADA DE DECISÃO NO NÍVEL LOCAL

A informação em saúde está sendo tomada enquanto um conjunto de saberes e técnicas organizados, a fim de instrumentalizar a tomada de decisão em saúde no nível local, no processo de construção do Sistema Único de Saúde. Portanto, as políticas de saúde estão sendo contempladas através dos princípios de universalização, descentralização, regionalização, hierarquização, equidade e controle social.

Tomamos como base alguns autores que trazem a temática da informação, com o movimento de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil, fazendo uma análise crítica sobre sua produção, organização e disseminação nos níveis de atenção à saúde. O movimento de reformulação do sistema de saúde brasileiro, assim como a implantação e implementação de sistemas de informação vem ocorrendo com maior intensidade, a partir da década de 70 e início dos anos 80. Neste período foi criada a grande maioria

dos sistemas de informações em saúde⁷ de abrangência nacional, sendo que estes seguiam a ótica centralizadora de atuação do Estado, permanecendo as informações centradas no nível federal que se responsabilizava pela operação destes sistemas (BRASIL, 1993).

Neste período, os movimentos organizados, que reuniam profissionais da saúde das mais diversas áreas, iniciavam discussões sobre um novo Sistema de Saúde, ou seja, grupos de pessoas lutavam por um sistema resolutivo mais justo e igualitário juntamente com movimentos populares.

A discussão sobre a (re)organização do Sistema de Informação, vem sendo abordada nas análises de (re)construção de modelos assistenciais no contexto do processo de municipalização da saúde, que estamos vivenciando.

Esta (re)construção da produção de serviços de saúde e dos modelos assistenciais está pautada na ineficiência que vem prevalecendo nos serviços de saúde, através da hegemonia do pronto atendimento (centrado na queixa e conduta), e pretende a integração sanitária, entendida como a assistência individual, bem como a (re)organização das ações de medida coletiva para o controle, prevenção e promoção da saúde na rede básica. Ou seja, através da descentralização dos serviços, superar a dicotomia entre assistência para recuperação da saúde

⁷ Estamos entendendo esta terminologia conforme abordagem de MORAES (1994, p.32) que a traz enquanto instrumento a serviço de uma política de saúde específica na qual sua configuração é construída em um processo dinâmico, como resposta a determinados interesses, muitas vezes contraditórios e em conflito.

individual e ações coletivas para o controle, prevenção e promoção da saúde no nível da população.

MERHY *et al.* (1991) relatam que, normalmente, quando são organizadas discussões para se conhecer o conceito do modelo adotado é comum verificar-se uma grande variação das posições assumidas. Segundo ele, temos uma posição fragmentada e parcial sobre a questão, porque a própria denominação modelo assistencial já mostra, em si, uma parcialidade e, assim, o autor considera que o elemento vital para entendimento desta discussão é o fato de que, ao se falar de modelo assistencial, fala-se tanto da organização da produção de serviços de saúde a partir de um determinado arranjo dos saberes da área, quanto de projetos de construção de ações sociais específicos, como estratégia política de determinado agrupamento social.

É neste contexto que estaremos abordando e entendendo a questão do modelo assistencial; portanto, tornam-se importantes avanços e discussões sobre as alternativas de se intervir nos serviços de saúde de forma a transformar o modelo assistencial para atender os problemas de saúde da população com oferta adequada de serviços, que estejam organizados de tal forma a permitir impacto sobre o nível de saúde da população.

A nossa inquietação é saber se os sistemas de informação em saúde operados na rede básica municipal têm contribuído para a ampliação do modelo assistencial, de modo a contemplar ações de caráter coletivo rumo à integralidade da atenção à saúde. E, ainda, se o conjunto de informações em saúde contido nos sistemas de informação é

analisado na rede básica municipal e quem faz esta análise - o gerente e/ou a equipe de trabalhadores da unidade básica?

Na construção de um modelo assistencial que também atenda aos interesses de alcance coletivo, nos moldes da integração sanitária⁸, há necessidade de sistemas de informações também descentralizados, a fim de subsidiar os serviços como instrumento de construção da cidadania, à medida que possa ser produzido e analisado pelo nível local e que sirva como ferramenta analisadora dos processos instituídos e contribuam para a construção dos instituintes.

Neste referido processo de reorganizar o nível local nos processos decisórios, o serviço precisa contar com um Sistema de Informações integrado, que possa ser um “*feed-back*” e que também incentive cada vez mais a produção e análise de banco de dados, interligados nos diversos níveis do sistema.

Outros autores, como SILVA *et al.* (1996) chamam atenção para um Sistema de Informação em saúde que contribua para a mudança do modelo assistencial e para a ampliação do controle social:

“... abranger informações relacionadas à morbimortalidade e também as ligadas às condições gerais de vida como habilitação, saneamento, emprego, alimentação, etc.

⁸ Maiores detalhes sobre propostas alternativas de planejamento local para o SUS ver em:

PAIM, J.A. A reorganização das práticas de saúde em distrito sanitário. In: MENDES, E.V. (org.) Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 2 ed. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994. cap 4, p.187-220.

MENDES, E.V. et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, E.V. (org.) Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 2 ed. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994. cap. 3, p. 159-185.

KADT, E.; TASCA, R. Promovendo a equidade. Um novo enfoque com base no setor da saúde. Trad. de Ângela Maria Tijiwa. São Paulo/Salvador, 1993. p.93-102.

estar desagregado para que a realidade heterogênea e desigual, das condições de vida e saúde, no interior do município, em seus distritos, bairros, estratos sociais e diferentes riscos epidemiológicos, seja visualizada pelos atores (gestores e usuários) envolvidos com a construção do SUS" (SILVA et al., 1996, p. 12).

Nestas abordagens observamos que a questão dos princípios do Sistema Único de Saúde como regionalização, descentralização, universalização, hierarquização e equidade, questões centrais da reforma do setor saúde, consagradas com a promulgação da Constituição Federal de 1988, são consideradas tomando a informação em saúde como instrumento da tomada de decisão, ou seja, enquanto ferramenta analisadora dos processos de construir e gerir o campo da saúde em seus vários níveis hierárquicos.

A municipalização é parte de um processo de descentralização política, técnica e administrativa do sistema de saúde, no qual vai se conformando uma nova organização tecnológica do processo de trabalho em saúde. Ela manifesta-se por uma

"(...) maior autonomia e poder decisório; organização e administração de recursos humanos; presença de maior número de profissionais da saúde e maior diversidade de categorias profissionais; a busca da integralidade da assistência; a presença da população nas decisões da saúde, desde as Comissões Locais, até os Conselhos Municipais de Saúde" (ALMEIDA et al., 1994, p.3).

Assim, a municipalização traz novas necessidades e uma delas é a constituição do Sistema de Informação.

Em Ribeirão Preto, a municipalização da saúde, dando continuidade à postura de consolidação da descentralização, ocorreu em 27 de novembro de 1987, pela lei nº 5194⁹. As AIS, no discurso oficial, já propunham integrar os serviços públicos de saúde, descentralizar o sistema de assistência médica e criar uma porta de entrada para o sistema, o que em Ribeirão Preto constituiu-se na rede básica pública de saúde.

Com a municipalização em saúde em Ribeirão Preto¹⁰, ocorreu um conjunto de mudanças articulado com a finalidade do trabalho, com os instrumentos incorporados nos diversos níveis (ultra-sonografia, raio X, exames laboratoriais e outros serviços), com a introdução de novos agentes (psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, analistas de sistemas, digitadores, fonoaudiólogos e outros), bem como a inserção de novas tecnologias, tanto de caráter assistencial quanto organizativo.

Salientamos, também, que no quadro dos serviços básicos de saúde constatou-se aumento no número de unidades de saúde em 1983, passando de 11 unidades que funcionavam em prédios populares adaptados, oferecendo um serviço voltado para o pronto atendimento para, em 1988, atingir 31 unidades¹¹, constituídas de acordo com o padrão pré-estabelecido.

⁹ Esta lei autoriza o município a celebrar convênio com o Estado de São Paulo por meio da Secretaria do Estado da Saúde, que repassa a verba para o nível local, com intervenção do INAMPS, objetivando a implementar a integração dos serviços de saúde que atuam no município, cabendo ao nível local o gerenciamento da saúde (RIBEIRÃO PRETO, 1987)

¹⁰ Mais detalhes sobre o processo de municipalização da saúde em Ribeirão Preto ver trabalhos de: PEREIRA, E.B. Municipalização da saúde em Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 1993. 203p. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

URBANO, L. O processo de implantação das ações integradas de saúde no município de Ribeirão Preto: suas conquistas e limitações. Araraquara, 1989. 175p. Dissertação (mestrado). Instituto de Letras, Ciências Sociais e Educação, Universidade Estadual Paulista.

¹¹ Destas 31 unidades, 04 ainda não foram municipalizadas: CSE Ipiranga, CSE Vila Tibério, CSE Sumarezinho e UBS Vila Lobato são vinculadas a Universidade.

Em relação às 31 unidades, temos que 26 são Unidades Básicas de Saúde, 5 são Unidades Básicas e Distritais de Saúde. Acrescenta-se a este quadro 1 Ambulatório Regional de Especialidade, 1 Ambulatório de Saúde Mental, 2 Núcleos de Apoio Psicossociais.

Portanto, no município de Ribeirão Preto, o acesso da população aos serviços de nível primário é realizado pela rede básica municipal de saúde, composta por um conjunto de Unidades Básicas e Distritais de Saúde – UBDS e de Unidades Básicas de Saúde – UBS. Esta rede tem como característica estar próxima à residência dos usuários dos serviços públicos de saúde do município.

A UBS é definida pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, em seu Plano Diretor de 1998, como a Unidade de Saúde que tem como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas (pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia), odontológicas e de enfermagem. Ainda desenvolvem atividades de proteção coletiva, tais como a imunização (RIBEIRÃO PRETO, 1998).

A UBDS é aquela definida por sua área de abrangência, por seu atendimento básico e de referência de algumas especialidades para todo o distrito, desenvolvendo ainda atividades de pronto atendimento, algumas ações de apoio diagnóstico (RX, testes específicos, biópsias, ultrassom, monitoragem fetal, etc...) e todas as ações de organização, planejamento, execução, avaliação e supervisão da Vigilância Epidemiológica.

Os Distritos de Saúde são como regiões, com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que

agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. A distribuição das Unidades em Distritos visa oferecer aos munícipes atendimento básico e pronto atendimento em urgências próximas à sua residência, tornando mais acessível o atendimento de algumas especialidades encontradas nas UBDS. Cada Distrito é composto por uma UBDS e cinco a seis UBS.

Este quadro descrito demonstra aspectos organizacionais da regionalização e hierarquização da rede básica de serviços públicos de saúde em nosso município.

Chama-nos atenção o fato do município, em se tratando de sua regionalização e hierarquização, precisar de informações em saúde em seus diferentes níveis hierárquicos, o que só é possível quando um formato desagregado é atribuído aos relatórios produzidos pelo Sistema de Informação, ou seja, que traga informações separadas por regiões do município. Neste sentido, a medida que ocorre a descentralização, *“entendida como a redistribuição de poder decisório, dos recursos e das competências quanto as ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo(...)”*, o sistema de informação precisa caminhar em espiral com estes movimentos (IBAM/UNICEF, 1991, p.13).

TASCA *et al.* (1994) fazem crítica ao sistema de informação, relatando que freqüentemente produzem apenas dados descritivos, assim como os computadores são utilizados somente como instrumentos de entrada e não de uso de dados.

Neste sentido, é de responsabilidade do município criar possibilidades de sistematizar a desagregação dos dados para utilização

destes na rede básica, incluindo dados sócio-econômicos, participação comunitária e confiabilidade.

ALVES (1999) ao analisar o sistema de informação em saúde no município de São Paulo, no período de 1989 a 1992, constatou que o sistema de informação foi organizado de forma descentralizada e que foram desenvolvidos instrumentos de coleta de dados, que forneciam informações atualizadas e desagregadas para pequenas áreas do território, utilizando a epidemiologia como método de análise na busca das prioridades e na avaliação dos resultados.

Para que os sistemas de informação possibilitem a tomada de decisão na rede básica é importante que o nível local, que na maioria das vezes gera as informações primárias, obtenha o retorno destas, conforme sua realidade, para que não acabem aglutinadas no nível central, sem o devido retorno e compreensão dos dados.

Segundo MISHIMA *et al.* (1996), as informações continuam centralizadas no nível regional estadual (no caso daqueles municípios que ainda não dispõem de condições para sistematizar as informações produzidas localmente) ou no nível do município, sendo que a análise e agregação dos dados não são submetidas a um processo de sistematização e de discussão dos diferentes níveis do sistema (distrital e local). No caso de Ribeirão Preto pensamos que as informações sistematizadas no nível central da Secretaria Municipal da Saúde, acabam centralizadas neste nível, e a rede básica não participando de discussões sobre este processo.

No nível central dos municípios, os dados, muitas vezes, ficam agregados e engavetados, impossibilitando o acesso dos trabalhadores da saúde e da população às informações, prejudicando o nível de compromisso da equipe com o serviço.

“A correção desta distorção parece fundamental para se considerar os ‘dados vivos’, ou seja, a possibilidade de retorno das informações, devidamente consolidadas no nível local que gerou os dados primários, é necessária para dar sentido às informações coletadas e se tomar (quando devidamente trabalhadas) estímulo a um processo de envolvimento e compromisso das equipes com o trabalho” (MISHIMA et al., 1996, p.87).

As informações necessárias devem ir além daquelas relativas à produção de serviços de saúde (informações voltadas para o registro dos procedimentos realizados na rede básica de saúde, para o repasse financeiro ao município), ampliando-se para os dados demográficos, identificação de características da população adstrita acompanhada do perfil de saneamento da área. Desta forma, contemplar-se-iam as ações de saúde de caráter individual e coletivo.

“É fundamental, ainda, que as três esferas de atuação governamental permitam e facilitem o acesso às informações por elas produzidas, inclusive às instâncias acadêmicas e de controle social, e promovam o intercâmbio de dados e experiências” (BRANCO, 1996, p.270).

Assim, o **segundo pressuposto** deste trabalho é que os sistemas de informação em saúde são uma imprescindível ferramenta para a tomada de decisão no cotidiano do trabalho na rede básica pública de

saúde, que permitem pensar e (re)construir qual modelo assistencial de saúde se deseja produzir.

A informação em saúde é, portanto, um instrumental de duas faces, aquela que tem a possibilidade de identificar disfuncionalidades sistêmicas da produção de saúde, tomando-se esta como máquinas cibernéticas na lógica dos indicadores de estrutura, processo e resultados de saúde. A outra face seria o tomar a informação como analisadora dos jogos instituintes e instituídos que atravessam permanentemente as instituições de saúde, ou seja, expor o jogo gerencial público e privado que impera no cenário dos estabelecimentos. O autor que trabalha com esta visão é MERHY *et al.* (1997), com o qual concordamos.

Diante da municipalização, processo este que redefiniu as atribuições do governo municipal através do reforço de seu poder sobre a saúde, o processo de gestão local passa a privilegiar a descentralização da gerência, rumo à integração entre os serviços e maior aproveitamento dos recursos dos diversos setores. E é neste sentido que as informações são também instrumentos neste processo.

Entendemos e concordamos com MISOCZKY (1991) quando enfatiza que a transferência dos recursos de poder para instâncias mais próximas da população não é suficiente para garantir a ampliação dos espaços para o exercício dos direitos dos cidadãos.

Nesta mesma direção, COHN (1995, p.242) analisa que, apesar da descentralização da saúde ser uma das conquistas centrais do movimento da reforma sanitária, esta vem se caracterizando mais como um processo de

desconcentração *“transferência de encargos sem transferência de autonomia para a formulação e gestão da política de saúde em nível local”*.

É importante, dentro desta análise, trazer uma questão fundamental trabalhada por essa autora, ou seja, a das duas dimensões do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde: uma relacionada à descentralização no sentido de racionalizar e diminuir gastos com saúde e a outra revelando o nível local como espaço de possibilidades para o exercício da cidadania e de poder.

Assim, o caminho da democratização é a descentralização de recursos de poder das esferas de governo para a sociedade, configurando instâncias de poder local e de gestão democrática e contemplando a relação município – descentralização – democracia. Neste sentido, a política de informações precisa estar constituindo-se, a fim de viabilizar as questões que permeiam a descentralização, juntamente com o controle social.

No que diz respeito à informação em saúde, *“o município assume um papel mais amplo do que um mero coletor de dados, produzindo, organizando e coordenando a informação em saúde de sua região”* (BRANCO, 1996, p.270), o que de certa forma pode contribuir para melhoria da qualidade e da avaliação da prestação de serviços, bem como a questão da participação social.

A participação dos cidadãos *“é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local (...)”* (IBAM/UNICEF, 1991, p.14).

E, ainda, as instituições devem oferecer as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde.

Diante desses aspectos, o grau de análise em que são submetidas as informações em saúde é uma questão relevante a ser pensada.

Segundo SILVA (1994), as informações podem ser classificadas a partir de diferentes perspectivas¹², sendo que das apresentadas pelo autor duas nos chamam atenção.

Uma primeira perspectiva refere-se ao grau de análise a que são submetidas as informações: a básica operacional, gerencial ou tática e estratégica. A básica operacional está mais ligada ao dado, ou seja, o conjunto de dados que ainda não foi processado. Na gerencial ou tática, o conjunto de dados recebe processamento através de associação de informações internas e externas; são utilizadas em gerenciamento de ações rotineiras, manutenção da própria rotina, via correção de desvios, e administração por execução. Na estratégica, o grupo de informações gerenciais é processado e mais apurado, dentro de objetivos estratégicos, gerando informações de apoio a tomada de decisões, possibilitando a ação política.

A segunda perspectiva volta-se para a classificação segundo a posse dos dados pelo próprio autor, por aliados, por opositores e de domínio público.

¹² Ver com mais detalhes

SILVA, J. V. da. Informação e ação política democrática. São Paulo em Perspectiva, Fundação SEADE, v. 8, n. 4, p. 57-67, 1994.

Complementando estas idéias e caminhando nesta mesma direção, SANCHES (1997) também salienta a forma com que a informação é trabalhada, ou seja, em que **níveis gerenciais**: o operacional, tático ou estratégico; ou a combinação destes.

“(...) a estratégia (com caráter de arte, daquilo que é criativo e original) se refere às linhas articuladoras para o conjunto de operações, enquanto a tática tem a ver com a eficácia das operações parciais que viabilizam bons resultados no conjunto das operações (...)” (SANCHES, 1997, p.75).

Para o referido autor, o termo estratégia/estratégico está relacionado com aquilo que diz respeito ao âmbito da administração pública; é entendido como o conjunto de definições com influência significativa e generalizada no comportamento da administração e dos agentes que com ela interagem.

FREITAS & KLADIS (1995) trazem para discussão os requisitos de informações em relação aos três níveis organizacionais: operacional, tático e estratégico.

Afirmam que é importante observarmos a forma com que a informação é trabalhada, ou seja, de acordo com o nível organizacional que ela irá circular, porque, do contrário, corremos o risco de fornecer aos usuários apenas ruídos, no momento em que este estiver envolvido em determinada decisão. Afirmam ainda, que diferentes níveis de administração precisam de informação com diferentes características sendo que:

“Os gerentes operacionais necessitam primordialmente de informações internas, detalhadas, bastante precisas e atuais, referindo-se normalmente a acontecimentos

passados. Essas informações são periódicas, tendo muitas vezes datas estabelecidas para sua divulgação. A utilização da informação é bem definida a uma determinada situação(...). Os gerentes do nível estratégico(...) geralmente precisam de informações resumidas, apresentadas sob a forma de quadros, tabelas ou gráficos. Como esses gerentes tomam decisões mais abrangentes, precisam conhecer o contexto no qual a organização está inserida(..). Os gerentes precisam de informações de natureza preditiva para que possam planejar e decidir sobre como a organização deve-se comportar para que tenha uma performance melhor (...). Os gerentes do nível tático precisam de informações com características que se situam entre as informações necessárias aos gerentes do nível operacional e aos gerentes do nível estratégico”(FREITAS & KLADIS, 1995, p.78).

SANCHES (1997), ao analisar os ingredientes básicos dos processos decisórios e da importância das informações subsidiarem a tomada de decisão nos referidos processos, explica que os sistemas de informação gerencial são descritos como possuindo uma estrutura piramidal integrada por três segmentos:

“(...) o segmento inferior, abrangendo os dados relativos às transações operacionais da organização (ligados às decisões relativas ao dia-a-dia); o segmento intermediário, integrado pelos sistemas de apoio ao planejamento e às decisões de caráter tático e o segmento superior, composto pelos sistemas gerenciais de apoio à formulação de políticas, planos e decisões de caráter estratégico (...)” (SANCHES, 1997, p.72).

Este autor trabalha o conceito de sistemas de informação gerencial ou sistemas de apoio a decisões distinguindo-os dos sistemas de apoio administrativo que, segundo ele, são também chamados de sistemas de apoio a operações (contabilidade, recursos humanos, orçamento, patrimônio, estoques etc), em que os procedimentos são normalmente balizados por normas legais, não cabendo personalização.

Novamente consideramos a necessidade de explicitar de qual informação estamos falando. Nossa opção é nos reportarmos às classificações que direcionam para o domínio público, pois um dos eixos fundamentais do trabalho é o Sistema Único de Saúde.

Estas reflexões nos ajudam a pensar nas idéias, conceitos, relações da informação, no que diz respeito ao processo decisório, tomando, evidentemente, o quanto é importante que os usuários da informação possam ter segurança na sua utilização.

Entendemos que ao nos reportarmos à questão da informação em saúde, enquanto instrumento na tomada de decisão, é necessário que a contextualizemos com o movimento de descentralização da saúde.

Pensamos que, neste processo de construir e gerir o campo da saúde conforme os princípios e conceitos do SUS, assegurados pela constituição de 1988, o Sistema de Informação em saúde passa a ser um instrumento importante na tomada de decisão, um facilitador para seus agentes conhecerem e intervirem na produção e utilização das informações que dizem respeito não apenas à situação de saúde das pessoas, mas também ao meio físico, e os relativos às questões sociais, econômicas e culturais da população.

Com a regionalização e hierarquização, os serviços passam a ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, sendo que em Ribeirão Preto foram dispostos em áreas geográficas delimitadas, necessitando, portanto, de elaborar, analisar e utilizar informações relativas à população a ser atendida. Quanto ao acesso da população, este vem se dando através da rede básica de saúde, enquanto porta de entrada do sistema.

Desta forma, o processo da Reforma Sanitária trouxe discussões importantes sobre o Sistema de Informações. Pensamos neste sistema enquanto instrumento que ajude a possibilitar a (re)organização dos serviços de saúde, tomando como base de informação as características da região, grupos de riscos, tamanho da população e sua distribuição, perfil de morbidade e mortalidade, distribuição do fluxo de atendimento, enfim, informações inter e intra-estruturais, que permitam a tomada de decisão.

Portanto, o **terceiro pressuposto** é que a informação em saúde instrumentaliza a tomada de decisão na rede básica pública de saúde e possibilita desenvolver uma situação gerencial dinâmica de tal forma que direciona a análise das informações para o tipo básico-operacional, tático (gerencial) e estratégico.

A Norma Operacional Básica 01/93 “**A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**” (NOB 01/93) do Ministério da Saúde¹³, preconiza, como marco inicial para a implantação do SUS e do Sistema de

¹³ Mais detalhes veja CARVALHO, G. de C. M. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei Rev. Saúde e Sociedade, v.2, n.1, p.9-24, 1993.

Informações no município, a necessidade dos gestores estaduais assumirem o compromisso de incentivar e propiciar o desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde (CARVALHO, 1993).

Esta NOB¹⁴ define as diretrizes para descentralizar o SUS e coloca na ordem do dia a questão da descentralização dos sistemas de informação.

A partir de 1998, o município de Ribeirão Preto encontra-se no tipo de gestão plena, normatizada pela NOB 96¹⁵.

Assim, como em outros municípios, Ribeirão Preto vai se organizando na constituição e implementação de sistemas de informação, através de instrumentos com maior velocidade e tempo hábil na produção, acesso e disseminação da informação.

Outra característica importante deste tipo de gestão é a responsabilidade do município, através do DAC - Departamento de Avaliação e Controle, elaborar, controlar e avaliar os contratos e convênios com o setor privado complementar, o que anteriormente era atribuição dos níveis Federal e Estadual.

As discussões sobre a estruturação da criação da Área de Controle e Avaliação, dentro do modelo de municipalização de Ribeirão Preto, começaram a ganhar força no final de 1994, tendo em vista a necessidade de estabelecimento de uma política de saúde em direção ao

¹⁴ NOB - instrumento jurídico institucional, editado pelo Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão com demais gestores e outros segmentos da sociedade, negociado e pactuado na Tripartite e aprovado no Conselho Nacional de Saúde. As Normas Operacionais tem como finalidade *“aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais; regular as relações entre seus gestores e normatizar o SUS, neste sentido temos atualmente a NOB-96”* (SCOTTI, 1996, p.1).

¹⁵ O foco central da NOB 96 é a redefinição do modelo de gestão e tem por finalidade promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios.

modelo de gestão semiplena e posteriormente plena. Cabe aqui fazermos uma distinção importante entre gestão e gerência, contidas na NOB 96. A gestão significa apropriar-se do comando do sistema, o que é de exclusiva competência do poder público, sendo os possíveis gestores do SUS o prefeito e secretário municipal de saúde, o governador e secretário estadual de saúde, o presidente e ministro da saúde, representando, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal. A gerência significa ter a responsabilidade pela administração de uma unidade ou órgão de saúde; desta forma, a gerência de estabelecimentos prestadores de serviços pode ser estatal ou privada, sendo que a privada deve ser conveniada ou contratada¹⁶.

Com o processo de descentralização pelo qual vem passando o município de Ribeirão Preto, uma nova dinâmica vem se apresentando na rede básica de saúde, emergindo a necessidade de um agente para possibilitar a coordenação das ações de caráter individual e coletivo, de tal forma, que se tornasse viável a articulação da Unidade de Saúde interna e externamente, tendo ocorrido o início de implantação do gerenciamento local das Unidades a partir de julho de 1993.¹⁷

Atualmente, as Unidades contam com um gerente em cada nível local, seguindo um perfil traçado anteriormente pelo nível central da SMS-RP de ser um agente de nível superior, com disponibilidade de jornada de

¹⁶ Maiores detalhes sobre a NOB 96 veja o endereço eletrônico: <http://www.saude.gov.br/>

¹⁷ A constituição do gerenciamento no nível local de Ribeirão Preto foi investigado por MISHIMA (1995).

40h semanais e com alguma formação em Saúde Pública ou experiência anterior a função.

Entendemos que o modelo gerencial precisa estar intimamente articulado como modelo assistencial, tendo como princípios norteadores a gestão democrática¹⁸ e o planejamento enquanto processo social, colocando a Unidade de Saúde funcionando interna e externamente, ou seja, considerando a intersectorialidade na questão da saúde da comunidade.

Para reverter a lógica das ações de saúde, torna-se necessário que os gerentes, dentro do processo de gerenciar as Unidades, tenham como características a criatividade e compreensão do seu papel político enquanto agente de mudanças na construção da cidadania.

Dentre o roteiro de atribuições e competências inerentes ao gerente na rede básica de saúde, estão incluídas as questões: participação, coordenação e promoção de ações e rotinas do Sistema Municipal de Informações¹⁹. De fato, esta colocação destaca a importância da informação, enquanto instrumento da ação gerencial na tomada de decisão.

Portanto, na tomada de decisão a informação é um instrumento de apoio sendo necessário conhecer e determinar sua origem e relevância no processo de decidir.

Na gerência de um sistema de saúde na rede básica existem aspectos que estão relacionados à organização do serviço como o controle financeiro, de estoque, de materiais, de recursos humanos, de

¹⁸ Gestão democrática – clientela no exercício do controle

¹⁹ Maiores detalhes sobre atribuição e competências do gerente ver

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Documento sobre modelo gerencial. Ribeirão Preto. 1994a./mimeografado/.

equipamentos e outros aspectos decorrentes da prática de saúde, como o entendimento do processo saúde–doença.

Neste estudo estaremos mais voltados para analisar os principais sistemas de informação em saúde que contemplam a questão do processo saúde-doença e a produção dos serviços na rede básica de saúde. É preciso sinalizar que entendemos os sistemas de informação em saúde como poderosas ferramentas analisadoras dos processos de produção dos serviços de saúde não apenas para os gerentes, mas também para os trabalhadores de saúde em geral.

Quando analisamos a informação em saúde e a tomada de decisão, observamos que tal temática é polêmica, visto que os olhares que são direcionados para os serviços de informação em saúde podem vir permeados de contradições presentes no cotidiano do trabalho em saúde, e que a produção teórica neste campo ainda é pouco desenvolvida. Neste sentido, optamos por trazer essas discussões.

Segundo o II Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil (1997), o planejamento das ações de saúde tem se realizado sem utilização de instrumentos básicos de racionalização e sem a definição de prioridades calcadas no perfil de saúde-doença da população. E, ainda, que para conferir maior transparência ao processo decisório é preciso divulgação de dados epidemiológicos para os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, imprensa e para os grupos organizados da população.

Lembram também da necessidade de se desenvolver a produção teórica referente à utilização de informações epidemiológicas nos processos de tomada de decisão e de se promover estudos comparativos, com vistas a identificar o tipo e a quantidade de informações epidemiológicas estratégicas para a tomada de decisão nos diferentes níveis do Sistema (BRASIL, 1997c).

Nesta mesma direção, autores como PINHO (1995), ALMEIDA (1995), ALVES (1999) abordam o uso do sistema de informação em saúde na gestão dos serviços, considerando-os como instrumento fundamental na avaliação qualitativa e no estabelecimento de prioridades nos sistemas locais de saúde.

Para ALMEIDA (1995) as informações epidemiológicas são importantes para a avaliação dos serviços de saúde, contribuindo para a identificação e correção de pontos de estrangulamento de atenção à saúde – o que corrobora com os pensamentos de PINHO (1995), ao afirmar que o método epidemiológico permite avaliar as condições de saúde de uma população e o resultado de ações sobre elas, e, ainda, que informações epidemiológicas são imprescindíveis e devem estar integradas a outras, como características geográficas, sócio-econômicas, demográficas, financeiras, dimensionamento das unidades de saúde, rendimento, etc.

MORAES (1994), preocupada com o “culto da informação”, que provoca distorções no entendimento e no seu significado social, reduzindo informação a uma visão instrumental, analisa historicamente os “Sistemas de Informações em Saúde”, priorizando os caminhos que contribuem para superação de desigualdades existentes, analisando a importância da informação no processo democrático em nosso país, ou seja, a busca da

“cidadania”. Desta forma, tenta romper com a lógica fragmentada com que se organizam as informações em saúde. Informação

“(…) é uma descrição mais completa do real associada a um referencial explicativo sistemático (...) é a representação de fatos da realidade com base em determinada visão de mundo, mediante regras de simbologia (...) é a ‘ponte’ entre fatos da realidade ou as idéias de algumas pessoas e as idéias ou conhecimentos de outras” (MORAES, 1994, p.19-20).

Na mesma direção, os participantes da oficina intitulada “Uso e disseminação de informação em saúde – subsídios para elaboração de uma política de Informações em saúde para o SUS”, promovida pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Ministério da Saúde (MS), em 1993, contextualizaram e analisaram a informação em saúde no que diz respeito à política de informação em saúde e gestão, a compatibilização das informações e sua descentralização na construção da cidadania, bem como as políticas de recursos humanos, estabelecendo como objetivos:

- “ apresentar as informações em saúde disponíveis em nível federal;*
- discutir a qualidade e o acesso a estas informações;*
- identificar a necessidade de informação e sua organização para a gestão descentralizadora;*
- apresentar e discutir os sistemas de informação e controle de unidades e sistemas locais;*
- discutir atribuições de cada nível de governo, visando a interligação e compatibilização entre os sistemas de informações” (BRASIL, 1993, p.3).*

Concluíram que os atuais sistemas produzem um grande volume de dados, nem sempre utilizados para a tomada de decisão, devido à deficiência e ausência de normas de padronização, compatibilização e divulgação dos sistemas de informação em saúde dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), propondo políticas de apoio e cooperação técnica em informação que devem considerar sempre a diversidade das realidades das instâncias governamentais descentralizadas, implicando na adoção de normas flexíveis e adaptáveis, em qualquer processo de normatização e padronização.

Tomam a existência do sistema de Informação como base para um gerenciamento eficaz, sendo que os municípios devem ser incentivados pelo Ministério e pelo nível estadual a utilizarem informações compatibilizadas com os sistemas nacionais.

Tomando o município de Ribeirão Preto, espaço desta investigação, leva-nos a pensar até que ponto os sistemas de informação são usados para o gerenciamento de serviços e como isto vem se dando na tomada de decisão na rede básica.

Outra discussão importante vem se dando em torno das propostas para uma política de comunicação, informação e educação que emergiram da 10ª Conferência Nacional de Saúde – 1996, em sua plenária final. Assim, com o título de “Marcos Gerais para uma Política de Comunicação”, a Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Informação Científico e Tecnológico/Departamento de Comunicação e Saúde realizaram a sistematização do relatório votado na plenária final da referida conferência,

apontando princípios gerais que contemplam o Sistema de Informação em Saúde e que aqui consideramos importante destacar, tais como:

“Princípios gerais:

☐ Ampliar e democratizar a comunicação social do SUS, sob a responsabilidade de cada um dos três níveis de gestão, de forma que as informações cheguem a todos os setores dos SUS, principalmente aos usuários através de meios acessíveis e diretos;

☐ Criar pólos de comunicação social em municípios estratégicos para incentivar a política de educação e saúde e conscientização popular;

☐ Determinar através do Ministério das Telecomunicações, que as concessionárias de serviços de radiodifusão e televisão divulguem informações de utilidade pública sobre o funcionamento do SUS, a partir de dados fornecidos pelos gestores municipais e dos Conselhos Municipais de Saúde, inclusive denúncias e debates;

☐ Criar programas regionalizados de comunicação social, respeitando os diferentes níveis culturais no país;

☐ Criar um sistema de comunicação utilizando rádio, fax, internet, telefone gratuito e outros recursos de fácil acesso, visando à orientação e à informação da população;

☐ Criar mecanismo de circulação de informações entre os órgãos centrais e as unidades de saúde;

☐ Responsabilizar os municípios pela ampla divulgação das condições de saúde locais, de forma acessível, para que os cidadãos informem-se sobre a sua realidade;

☐ Considerar as realidades e características regionais nas atividades de comunicação e informação do Ministério da Saúde;

☐ O Ministério da Saúde deve promover, semestralmente, teledebates de abrangência nacional, para discutir as questões de saúde;

Democratização dos Meios de Comunicação de Massa abrindo espaço para que os Conselhos de Saúde ocupem espaço na mídia (TV, rádio, escrita, etc.), garantido pelo Estado” (FIOCRUZ/CICT/DCS, 1997, p.1).

Ressaltar estes princípios torna-se vital na delimitação do objeto de investigação, uma vez que o processo de democratização da informação inclui, além da produção da informação, a facilitação do acesso e disseminação através dos possíveis canais de comunicação. E, ainda, sua utilização, no processo de gestão pelos Conselhos de Saúde²⁰.

Nesta mesma direção, MORAES (1998) afirma que historicamente a população informa o Estado sobre o seu modo de viver, através dos censos, dos sistemas de informações de nascimento, de morbidade... O Estado tem o direito de conhecer a maneira como vivem as pessoas; no entanto, é preciso que seja trabalhada a transparência também do Estado em relação à sociedade. A população, o cidadão tem o direito de perguntar e estar informado. Neste sentido, o Estado tem o dever de responder e informar, democratizando as informações.

Portanto, não é suficiente ter acesso às informações; a sociedade precisa ter a possibilidade de intervir nos processos de construir saúde.

DALCUCHE & OLIVEIRA (1996), assistentes sociais da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, relatam em seus estudos a (re)organização do Sistema de Informação em Saúde naquela secretaria, apontando que esta discussão foi tomada como um problema de ordem

²⁰ Uma maior discussão acerca da participação democrática ver MISOCZKY, M. C. Distrito Sanitário: desafio de descentralizar com democracia. *Saúde em Debate*, n.33, p.54-60, 1991.

gerencial e política. Em uma análise preliminar, identificaram que não havia prioridade de informações no nível regional e central, e, sim, um excesso de relatórios desatualizados e centralizados no nível central, chegando à conclusão de que a organização da informação em saúde era caótica e desvinculada do processo de planejamento e decisão.

O que é analisado por estes investigadores nos remete a pensar que convivemos com a ampliação do número, diversidade e velocidade das informações, bem como com os avanços tecnológicos deste século e seus conseqüentes enfrentamentos no cotidiano dos serviços de saúde.

Esta velocidade e esta diversidade também são observadas no município de Ribeirão Preto, em relação ao nível central, visto que a partir de 1989 alguns sistemas estão sendo constituídos, ou seja, o registro da informação (p.ex. em 1985 foi criado um prontuário físico para o registro de informações referentes ao atendimento à clientela na rede básica), bem como coleta e processamento (através de boletins e planilhas voltados tanto para informações de produção, como também a situação de saúde da clientela em relação a Vigilância Epidemiológica). Outro exemplo refere-se ao Sistema de Coleta e Análise de Estatísticas Vitais e o Sistema de Informação de Nascidos Vivos que ampliaram a disponibilização de informações sistematizadas para o município como um todo, a partir de 1990 e 1993 respectivamente.

Nesta investigação procuramos apreender a tomada de decisão, enquanto resultado de uma ação na rede básica pública municipal, produzida pelos trabalhadores da saúde, que se instrumentalizaram com

sistema de informação em saúde (relativos ao processo saúde-doença e a produção de serviços) para a referida tomada de decisão.

Entendemos também que a natureza da tomada de decisão pode ser analisada em vários aspectos, que é complexa e que os atributos que caracterizam o processo da tomada de decisão são interativos, inter-relacionados, como aponta LEITÃO (1997).

Pensamos na questão da tomada de decisão no movimento de (re)organização do serviço de saúde na rede básica, que vem se constituindo, podendo ser facilitada quando sustentada com uma base de informações através de sistemas de informação em saúde.

CAPÍTULO 2

Metodologia

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

Esta investigação desenvolve-se dentro da perspectiva da pesquisa qualitativa, num estudo descritivo analítico, que para entender a realidade fez sucessivas aproximações com objeto de estudo.

2.1. LOCAL DO ESTUDO

2.1.1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E SOCIAIS DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO - SP

Para situar a cidade de Ribeirão Preto em seu aspecto demográfico, econômico e social utilizamos, em primeiro momento, os documentos da PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO - Secretaria Municipal da Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 1993a; 1994b; 1995a; 1995b; 1998), a revista elaborada pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto “Ribeirão Preto em Dados” - 1994/1995 (RIBEIRÃO PRETO, 1994/1995), dados demográficos do IBGE relativos ao censo de 1996 e informações sobre o município contidas no Projeto Internacional para a Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil - CIPESC²¹ (MISHIMA *et al.*, 1999).

O referido município pertence à região nordeste do Estado de São Paulo, localiza-se a 320 Km de sua capital e ocupa uma área de 627 Km² na sede e 164 Km² no Distrito de Bonfim Paulista. O clima típico do

²¹ CIPESC: Projeto Internacional, coordenado pelo ICN, voltado para a classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva, para elaboração de um sistema que descreva a prática de enfermagem a partir de uma nomenclatura compartilhada pelos enfermeiros de todo mundo. Ribeirão Preto – Distrito Castelo Branco é cenário desta pesquisa e nos inserimos nesta enquanto pesquisadora

município é tropical úmido, com uma temperatura média mensal em torno de 28,8°C e apresenta baixos índices de poluição atmosférica.

As maiores fontes poluidoras são: a fuligem, os gases emanados da queima da cana-de-açúcar e o monóxido de carbono proveniente de veículos automotores.

A população do município é de 456.252 habitantes²², sendo 454.124 moradores (99,53%) em zona urbana e somente 2.128 habitantes (0,46%) da zona rural. Quanto ao Distrito Leste, que é o campo de pesquisa deste trabalho, a população é de 83.315 habitantes, sendo 100% da zona urbana. Essa caracterização é semelhante à do Brasil e a do Estado de São Paulo, apresentando distintas realidades demográficas, econômicas, sociais, culturais e sanitárias que também estão presentes nas diferentes regiões de Ribeirão Preto²³.

O forte desenvolvimento dos setores secundário e principalmente terciário no município propicia uma maior concentração da população na zona urbana, caracterização confirmada pelos indicadores demográficos: taxa de urbanização para 1998 de 99,5%; taxa média geométrica de crescimento anual de 1,15%, de acordo com o Censo IBGE de 1996.

A densidade demográfica do Brasil em 1996 era de 18,38 hab./Km², apresentando valores diferentes de acordo com as características geopolíticas de cada região, sendo as menores na região

²² IBGE Censo 1996

²³ Mais detalhes sobre as características da cidade de Ribeirão Preto ver:

MISHIMA *et al.*. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil – CIPESC – Apresentando o Cenário de Pesquisa do Município de Ribeirão Preto - São Paulo. IN: CHIANCA, Tânia Couto Machado; ANTUNES, Maria José Moraes. (orgs.) A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Brasília, ABEn, 1999. p. 204-244.

Norte e as maiores na região Sudeste. No mesmo ano, o Estado de São Paulo, na região sudeste, possuía uma densidade de 137,12 e o município de Ribeirão Preto de 699,56²⁴.

Este quadro de alta concentração populacional em áreas urbanas e grandes cidades resulta de um movimento histórico em todo o país, que foi gradativamente configurando fatores de atração como melhores condições de vida, oportunidades de emprego e outros, fato este observado também em Ribeirão Preto, com o desenvolvimento dos setores de indústria, comércio, serviços e, ao mesmo tempo, fatores de expulsão da população da zona rural pela alta concentração da posse da terra e das péssimas condições de vida. Os centros receptores, por sua vez, passaram a apresentar problemas como insuficiência de empregos, déficit habitacional e de serviços básicos como saneamento, transportes, saúde, educação²⁵.

Embora a descrição geral de Ribeirão Preto o caracterize entre os 50 melhores municípios brasileiros (6º lugar), de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, índice elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, com a finalidade de medir o progresso humano e composto por indicadores de três áreas: saúde, educação e renda, o município apresenta bolsões de pobreza demarcado por extremas desigualdades nas condições de vida da população.

A cidade foi fundada em 19 de junho de 1856, conta portanto com 143 anos (1999), ocupa o 3º lugar em volume de compensação de

²⁴ Idem

²⁵ BUSS, Paulo Marciori. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, Paulo Marciori; LABRA, Maria Eliana. Sistemas de Saúde – continuidades e mudanças; ; Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Quebec. Ed. Hucitec, Ed. Fiocruz. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, p. 61-101.

cheques, com renda anual superior a 6.000 dólares por pessoa. É pólo econômico de produção da cana de açúcar para industrialização, de algodão herbáceo, soja, milho, café, suco de laranja, farelo de oleaginosos, aparelhos eletrodomésticos e hospitalares, possuindo um comércio ativo e diversificado. Conta com um excelente centro educacional com várias universidades, sendo uma pública (Universidade de São Paulo), e vários serviços médicos e hospitalares.

Em relação à habitação, Ribeirão Preto apresenta situação privilegiada. Segundo dados da Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento, no período de 1986 a 1994 houve um aumento de 236,6% na construção civil, com predominância de moradias econômicas no período de 1986 a 1989 e de apartamentos típicos de classe média no período de 1989 a 1994. As construções de moradias econômicas e populares mantêm-se alta no município, abrigando cerca de 25% da população²⁶.

Segundo dados da Secretaria Municipal do Planejamento – SEPLAN (RIBEIRÃO PRETO, 1994c), existem 41 conjuntos habitacionais com 24.133 casas de 45,98m² em média, beneficiando 120.665 pessoas.

Levando-se em conta os domicílios particulares ocupados e a população urbana, Ribeirão Preto conta com 2,73 habitantes por domicílio particular ocupado. Há ainda um contingente de 1,5% de moradores²⁷ da cidade que vive em situação de miséria absoluta e que utiliza-se de papelão, latas e plástico para construírem seus abrigos.

²⁶ RIBEIRÃO PRETO. (cidade) Ribeirão Preto em dados. Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento. Ribeirão Preto, 1994/1995.

²⁷ REVIDE. Ribeirão Preto, Ano 11, Edição histórica – 11 anos, n.35, set. 1997.

Tanto a densidade demográfica quanto a concentração de habitantes por domicílio no município não são homogêneas, havendo diferenças dadas a características de localidades e bairros.

O sistema de abastecimento de água dos domicílios em Ribeirão Preto constitui-se de 86 poços artesianos, sendo toda a água distribuída fluoretada e clorificada. Segundo dados da Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento, o município conta com 99% dos domicílios abastecidos com água tratada e com cerca de 97% de domicílios atendidos com ligações de esgoto²⁸. Ainda segundo esta mesma Secretaria, houve uma elevação do percentual do esgoto tratado que passou de 0,2% em 1990 para 3,0% em 1994.

O esgoto sanitário é feito através da rede coletora, até chegada nos interceptores de cada bacia, sendo despejado *in natura* no Córrego Ribeirão Preto, desaguando no Rio Pardo. A área de saneamento do município conta com o DAERP (Departamento de Água e Esgotos de Ribeirão Preto) e em relação ao recolhimento de lixo há diferenciação entre a coleta de lixo hospitalar (incinerado) e domiciliar (aterrado).

Com relação à limpeza pública e coleta de lixo no município para o período de 1988 a 1996, há um incremento significativo no volume total de lixo domiciliar coletado (de 63.001,65 toneladas para 126.616,12 toneladas); contudo, não se dispõe de indicadores que sinalizem percentual de domicílios cobertos por esse serviço. É importante ressaltar que, em relação ao tratamento do lixo domiciliar, somente em 1992 foi implantada a coleta seletiva em pequena escala (representa cerca de 1% do volume total de lixo

coletado) e, mais recentemente, passou-se a ter maior controle na destinação final do lixo coletado com seu depósito em aterro sanitário.

A poluição dos rios, em grande parte, deve-se aos esgotos domésticos, já que o município não conta com um sistema de tratamento dos efluentes domésticos, além de não apresentar, também, índices significativos de poluição causada por indústrias. A poluição por ruídos se deve a uma grande frota de veículos automotores circulando pela área urbana e um grande número de obras em andamento.

Quanto ao transporte, as linhas urbanas são radiais, o que dificulta a locomoção inter bairros e muitas vezes o acesso aos serviços de saúde.

Quanto ao desemprego, encontram-se metodologias diversas para seu cálculo. Segundo a Fundação SEADE e o DIEESE, a taxa de desemprego para 1997 foi de 13,9% e para 1998 de 17,2%. Para o IBGE, a taxa de desemprego dobrou de 1994 a 1998, ou seja, passou de 3,42 para 7,0%²⁹.

Segundo dados de uma pesquisa amostral de emprego e desemprego realizada em Ribeirão Preto, a realidade é bastante preocupante, visto que apenas 55,65% da população economicamente ativa está recebendo mais que dois salários mínimos por mês e está satisfeita com o emprego que tem, e 39,04% da amostra do estudo realizado está em alguma situação precária ou realmente desempregada.

²⁸RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde, Plano de Saúde. Ribeirão Preto, 1998.

²⁹ Fonte: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. Secretaria Executiva da Campanha da Fraternidade. Tema: A fraternidade e os desempregados. Lema: Sem trabalho... por quê? Brasília, DF. 1999.

Dentro deste percentual, temos uma população em situação de desemprego encoberto, 15,24% da população recebendo menos de 2 salários mínimos e continua a procura por emprego³⁰.

O parque industrial de Ribeirão Preto conta com algumas grandes indústrias no setor de alimentos, bebidas, usinas de açúcar e álcool e destilarias, sendo composto principalmente por médias e pequenas empresas variadas (vestuários, gráficas, móveis, produtos farmacêuticos, veterinários, médicos e odontológicos, além de outros), com um total de 1.276 estabelecimentos³¹.

O Plano de Saúde de Ribeirão Preto assinala que a conformação da pirâmide populacional para o município para 1998, indica diminuição recente da natalidade, mas ainda com uma significativa taxa populacional para o grupo de menores de 15 anos. Com relação à população com 60 anos e mais, o percentual identificado destaca que apesar do aumento da expectativa de vida, há ainda uma alta taxa de mortalidade para a faixa dos 15 aos 60 anos³².

Estas tendências apontam para um incremento na população de idosos, tendência esta verificada no Brasil e em outros países em desenvolvimento. A proporção de adultos com mais de 60 anos passa a atingir cerca de 7,5% no início da década de 90 (4,2% em 1950). *"Mesmo assim a população brasileira continua sendo predominantemente jovem, pois a faixa*

³⁰ Arquidiocese Ribeirão Preto – Brasil. Campanha da Fraternidade 1999. Sem trabalho por quê? Resultados finais da pesquisa amostral de emprego e desemprego. Ribeirão Preto, 1999.

³¹ RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. Plano de Saúde. Ribeirão Preto 1998.

³² RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. Plano de Saúde. Ribeirão Preto 1998.

até 15 anos de idade atinge cerca de 40% do total da população, segundo o Censo de 1991" (BUSS, 1995).

Este quadro populacional sinaliza a necessidade de programas de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação aos riscos e danos que possam ocorrer com maior frequência nas diferentes faixas etárias.

Em Ribeirão Preto observa-se quadro semelhante ao do país no que se refere às quatro primeiras causas de óbito, ou seja, doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. Ocorrências de óbito por essas causas têm forte relação com as condições de vida da população, essencialmente urbana, submetida a situações de estresse, considerando-se principalmente a concentração nas atividades de comércio e prestação de serviços, bem como a crise econômica do país e do mundo.

Registram-se outras causas coincidentes, dentre as principais, como algumas afeções infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo, apesar de o município contar com quase a totalidade de cobertura de rede de água e esgoto canalizada.

Dentre as doenças infecciosas destaca-se a Aids, em crescimento ano a ano. Até 1996 haviam sido registrados 1.869 casos no município e 1.256 mortes³³. Este perfil epidêmico atual da infecção pelo HIV tem como causa principal a transmissão heterossexual, ligada ao uso de drogas³⁴.

³³ REVIDE. Ribeirão Preto, Ano 11, Edição histórica – 11 anos, n.35, set. 1997.

³⁴ RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. Plano de Saúde. Ribeirão Preto 1998.

Segundo informações obtidas via Internet, pelo endereço <http://www.cac.ufpe.br/~clipping>, em coluna escrita por Geraldo Pereira em 03 de maio de 1999, no Brasil o primeiro caso de Aids foi notificado em 1982 e hoje o país integra o grupo das quatro nações com maior número de ocorrências, embora, se considerados os números relativos, ocupe o quadragésimo ou o quinquagésimo lugar³⁵.

No Brasil, até agosto de 1997 haviam sido registrados 116.389 casos de Aids, sendo que Ribeirão Preto destaca-se entre as cinco cidades do Brasil com a maior incidência da doença (BRASIL, MS, 1997a).

Na Folha de São Paulo do dia 16 de março de 1998, a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, ao publicar dados de Aids para o município, alertou que em 1997 foram notificados 382 casos, e que desde o início da epidemia em 1987, já foram registrados 2.214 casos, sendo que o município registra em média 30 casos por mês. Entre as regiões do município de Ribeirão Preto, a Vila Virgínia é a que apresenta a maior incidência, 115,52 por 100 mil habitantes, seguida pela região do Sumarezinho com 81,7; Simioni com 78,48; Central com 59,69 e Castelo Branco 51,5³⁶.

A ocorrência de óbitos por doenças do aparelho circulatório e endócrinas, nutricionais e metabólicas são extremamente relevantes, apesar da melhoria do acesso da população às unidades da rede básica, onde poderiam encontrar atendimentos específicos nos programas de

³⁵Geraldo Pereira é vice-reitor da UFPE.

³⁶ ÍNDICE de Aids é maior na zona oeste. Folha de São Paulo, São Paulo, 16 mar.1998. Ribeirão Cotidiano, p.1.

controle da hipertensão arterial e de diabetes. Estas doenças exigem uma abordagem em relação ao estilo de vida concomitantemente à terapêutica médica, dado que sua determinação é além de biológica, também histórica e social, segundo um contexto de vida, que no caso dos moradores de Ribeirão Preto, como de várias localidades do estado e do país, é de uma vida sob extrema tensão e em condições de violência que favorecem ao surgimento de doenças e agravam estados patológicos pré-existent.

Em relação aos óbitos por afecções originadas no período perinatal, que também figura entre as mais freqüentes causas de óbitos no município com o coeficiente de mortalidade perinatal de 17,4 por 100.000 habitantes, reforçam a idéia de que somente acesso aos serviços de saúde não é suficiente para evitá-las, uma vez que a ênfase no atendimento destes grupos populacionais vem sendo apresentada enquanto prioridade nas políticas públicas de saúde do município, estado e país.

Se tomarmos os dados de mortalidade infantil para o município em 1996, pode-se observar que o mesmo é de 16,70/1000 nascidos vivos; entretanto, se for detido um olhar mais cuidadoso para as diferentes regiões do município, este coeficiente apresenta variações a depender das condições sócio-econômicas e sanitárias. Outro dado importante é que mais da metade dos óbitos de menores de um ano é de crianças com menos de 7 dias, ou seja, o componente neonatal, em especial o neonatal precoce, é o maior no cômputo do coeficiente de mortalidade infantil no município.

No que diz respeito à ocorrência de doenças de notificação compulsória, temos a destacar, a emergência de epidemias de doenças

infecto-contagiosas anteriormente controladas no país³⁷, como dengue, raiva animal/humana e sarampo; assim como o aumento de casos de tuberculose e hanseníase, além da Aids, já discutida anteriormente.

A epidemia de sarampo ocorrida em 1997 no estado de São Paulo atingiu também Ribeirão Preto, dentre outros municípios do interior do estado. A maior incidência foi observada nos menores de 9 meses de idade, sem imunização prévia, seguida do grupo de 20 a 29 anos, não atendidos pela rotina de imunização e que não tiveram a doença em outras épocas³⁸.

2.1.2. OS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO - SP.

O setor saúde se destaca no município, tanto na formação de profissionais quanto na prestação de serviços. Conta com uma universidade pública de grande porte (USP) e outras privadas com cursos na área de saúde como medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, bioquímica, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e veterinária, com uma importante estrutura de estabelecimentos de saúde para a prestação de serviços, para o município e para a região.

Ribeirão Preto possui uma ampla rede de serviços de saúde de natureza privada, filantrópica e pública (nível estadual e municipal), abrangendo os níveis de atenção primária, secundária e terciária.

³⁷ RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. Plano de Saúde. Ribeirão Preto 1998.

³⁸ INFORMATIVO EPIDEMIOLÓGICO DE RIBEIRÃO PRETO. Núcleo de Vigilância Epidemiológica – HCFMRP – USP e Div. Vig. Epidemiológica – SMS – Ribeirão Preto. ano1, nº 8, agosto, 1997

REDE PÚBLICA

Em 1986, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo se reorganiza administrativamente, criando os Escritórios Regionais de Saúde (ERSA). Com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, os ERSAs assumem a nova organização de saúde, visando integração dos serviços de saúde no nível local, a descentralização organizacional, ficando o nível decisório a cargo das regiões.

Os ERSAs, a partir do primeiro semestre de 1995, receberam a denominação de DIR (Divisão Regional), sendo Ribeirão Preto a sede da DIR XVIII (anteriormente denominado de ERSA 50), abrangendo a área de atenção primária, secundária e terciária de assistência à saúde. O município não conta com serviço federal de assistência à saúde, os serviços do antigo INAMPS encontram-se estadualizados, sob a administração da DIR, da Secretaria Estadual de Saúde.

O processo de municipalização representou para o município de Ribeirão Preto um importante avanço, à medida em que gradativamente foi assumindo a responsabilidade pela assistência à saúde de sua população, culminando em 1998 com a assunção da gestão plena do sistema a partir da implantação da NOB 96.

Com esta norma, busca-se a plena responsabilidade do poder público municipal pela saúde, e este se responsabiliza e pode ser responsabilizado, sendo os poderes públicos estadual e federal co-responsáveis, no que lhes compete ou na ausência da função municipal (BRASIL, MS, 1997b).

E, ainda, essa responsabilidade não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde, mas o município é o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

A Figura 3, a seguir, esquematiza a estrutura de hierarquização dos Serviços de Saúde de Ribeirão Preto.

Figura 3. Hierarquização dos Serviços de Saúde

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (*Campus* e Unidade de Emergência), integrado ao SUS – Sistema Único de Saúde caracteriza o nível terciário de atenção à saúde. O Hospital Psiquiátrico, o Ambulatório de Saúde Mental, o

NGA 59³⁹ e o Laboratório Micro-Regional Adolfo Lutz (que realiza exames para toda rede municipal) estão sob a administração das DIR XVIII.

Durante esse processo histórico de municipalização observou-se um incremento no número de unidades de saúde municipais, consolidando a atual rede pública do município com 5 UBDS (Unidades Básicas e Distritais de Saúde), 26 UBS (Unidades Básicas de Saúde), 2 NAPS (Núcleos de Assistência Psicossocial), 1 Ambulatório Regional de Especialidades e 1 Ambulatório de Saúde Mental, além de uma unidade denominada Casa da Saúde para o desenvolvimento de projeto alternativo de promoção da saúde.

A rede municipal de saúde organizou os serviços em cinco regiões, denominadas Distritos de Saúde (Quadro 1, p.83). Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais (creches, escolas, centros comunitários, asilos...). Nas UBDS (Unidades Básicas e Distritais de Saúde) concentram-se as especialidades como: oftalmologia, cardiologia, dermatologia, psicologia, fonoaudiologia, e outros, funcionando também como UBS (Unidade Básica de Saúde). As UBS e os Distritos oferecem atendimento básico nas áreas médicas (Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Clínica Médica), odontológicas e de enfermagem (imunização, visitas domiciliares, aplicação de tratamentos, curativos e outros), e pronto atendimento para a população de sua área de abrangência.

³⁹ NGA 59. Núcleo de Gestão Ambulatorial - 59, que se constitui em Ambulatório Regional de Clínicas Especializadas é um serviço de gestão estadual.

Atendimentos em especialidades não existentes nas UBDS são oferecidos pelos ambulatórios de especialidades de abrangência regional, e alguns serviços hospitalares conveniados ao SUS.

A complementação da assistência à população é feita pelo sistema privado, principalmente na forma de convênios com empresas médicas.

Estes convênios são assumidos diretamente pelo consumidor, que tanto pode ser um indivíduo como um estabelecimento comercial, industrial ou qualquer outro. Segundo MENDES (1994), o projeto neoliberal da saúde que teve início no final dos anos 80, divide o sistema de saúde em três sistemas de saúde: o de alta tecnologia que atende de 2 a 3% da população brasileira; o de atenção médica supletiva (cooperativas, medicina de grupo, convênios) que atende 22% da população e o sistema público que atende 75% da população. Para o município de Ribeirão Preto temos dados relativos ao número de internações, ou seja, do total de 99.950 internações para o ano de 1997; segundo o tipo de pagamento, temos: 54.731 (54,76%) pagos pelo convênio SUS, 41.051 (41,07%) por outros convênios e 4.168 (4,17%) sem financiamento por convênio (pagamento particular).

Quadro 1 – Distritos de Saúde e suas respectivas Unidades Básicas e população - julho de 1998

Unidade	População
Distrito de Saúde Central	
UBDS Central – Dr. João Batista Quartim	54.435 hab.
UBS Vila Tibério	15.169 hab.
CSE Vila Tibério	15.169 hab.
UBS Campos Elíseos/ Nelson Barrionovo-AMI	33.258 hab.
UBS Bonfim Paulista/ Mamoro Kobayashi	8.595 hab.
PAM II	54.453 hab.
Distrito de Saúde Vila Virgínia	
UBDS Vila Virgínia/ Dr. Marco Antônio Sahão	34.523 hab.
UBS Adão do Carmo/ Dr. Luiz P. T. Cabral	7.103 hab.
PAS Jardim Maria da Graças	3.633 hab.
UBS Parque Ribeirão/ Waldemar Barnsley Pessoa	24.907 hab.
Distrito de Saúde Simioni	
UBDS Simioni/ Alexander Fleming	16.431 hab.
UBS Marincek/Albert Sabin	18.158 hab.
UBS Quintino Facci II/Maurício Rocha e Silva	18.874 hab.
UBS Vila Mariana/ Oswaldo Cruz	11.299 hab.
UBS Quintino Facci I/ Zeferino Vaz	12.593 hab.
UBS Valentina Figueiredo/ Mário R. de Araújo	3.265 hab.
Distrito de Saúde Sumarezinho	
UBDS Sumarezinho/ Joel Domingos Machado	16.443 hab.
CSE Ipiranga	17.220 hab.
UBS Vila Recreio/ Adalberto Teixeira Andrade	18.085 hab.
UBS Dom Mielle/ Aymar Batista Prado	8.427 hab.
UBS Vila Albertina/ Álvaro Panazzolo	18.759 hab.
UBS Presidente Dutra	5.470 hab.
UBS Ipiranga	17.220 hab.
CMSC (UBS) Vila Lobato	15.463 hab.
UBS José Sampaio/ Rubens L. Nicoletti Filho	19.473 hab.
Distrito de Saúde Castelo Branco	
UBDS Castelo Branco Novo/ Dr. Ítalo Baruffi	42.907 hab.
UBS Vila Abranches/ Carlos Chagas	7.306 hab.
UBS Jardim Zara	6.986 hab.
UBS São José/ José Ribeiro Ferreira	6.953 hab.
UBS Jardim Juliana/ Dr. Rubens Issa Halak	5.331 hab.
UBS Santa Cruz/ Hélio Lourenço de Oliveira	15.741 hab.

Fonte: RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. Plano de Saúde. Ribeirão Preto, 1998.

REDE CONTRATADA/CONVENIADA E PARTICULAR

A rede de saúde de Ribeirão Preto conta também com leitos hospitalares nas Unidades contratadas/ conveniadas com o SUS, os quais estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Leitos hospitalares nas Unidades contratadas/conveniadas com o SUS no município de Ribeirão Preto - 1995.

UNIDADE	Nº Leitos Total	Nº Leitos SUS	Nº Leitos UTI	PS₅
Hospital das Clínicas da FMRP-USP	652	652	33	175
Sociedade Portuguesa de Beneficência	152	119	5	0
Instituto Santa Lydia	93	66	6	0
Sociedade Beneficente Santa Casa	276	222	22	0
Hospital São Francisco	150	82	26	0
Hospital São Paulo	46	34	0	0
Hospital Psiquiátrico Santa Tereza	447	447	0	0
Sanatório São Vicente de Paulo	84	75	0	0
TOTAL	1900	1697	92	175

Fonte: Divisão de Auditoria e Controle da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - 1990
 5PS – Pronto Socorro

Vale ressaltar que o número de leitos disponíveis para o SUS em 1997 (1316 leitos); sofreu uma diminuição em relação ao ano de 1990 em todos os hospitais conveniados com o SUS, com exceção do Hospital das Clínicas, que teve um aumento de 16 leitos neste período.

Outras Unidades como: Hospital São Lucas, Hospital Ribeirânia Ltda e Maternidade Sinhá Junqueira são instituições particulares não conveniadas/contratadas pelo SUS⁴⁰.

⁴⁰ Informações confirmadas com o Departamento de Avaliação e Controle da Secretaria Municipal da Saúde do Município de Ribeirão Preto em 1997.

2.1.3. DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE COLETA DE DADOS

Como seria inviável desenvolver esta investigação em toda a rede básica municipal de saúde devido ao grande tamanho da mesma e pelo fato da divisão distrital e das UBS seguirem a mesma lógica de estrutura organizacional e, portanto, reproduzirem o mesmo fluxo dos sistemas de informação em saúde, optamos por desenvolver o trabalho de campo em um Distrito de Saúde que é composto por uma UBDS e cinco UBS. Desta forma, consideramos que este recorte pode ser representativo (guardando as especificidades de cada região) dos sistemas em estudo da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

O fato de termos selecionado todas as unidades do distrito possibilitou compreender a dinâmica dos sistemas de informação entre as Unidades Básicas de Saúde, destas com o Distrito (Unidade Básica e Distrital de Saúde) e deste com o nível central ou outros distritos. Além de focalizarmos a interação das partes dos sistemas (sistema↔sistema) internamente e externamente, relacionando o nível local, distrital e central da SMS, enfocamos os tipos de fluxo lateral (UBS↔UBS), ascendente (UBS↔Distrito↔Nível Central da SMS) e descendente (Nível Central da SMS↔Distrito↔UBS).

Assim, a área Distrital escolhida foi a do Castelo Branco, na região leste do município de Ribeirão Preto, que inclui a UBDS Castelo Branco e cinco UBS, perfazendo um total de 85.224 habitantes.

Outras razões que nos levaram a selecionar este Distrito, foram:

- ser cenário de estudo de outras frentes de investigação como o Projeto Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPEsc, do qual participamos como pesquisadores;
- ser campo de estágio de alunos de graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, o que permitiu conciliar as atividades docentes e de pesquisadores;
- o município é dividido pelo IBGE, para fins censitários, em subsetores e a área de abrangência do distrito escolhido inclui alguns desses subsetores na íntegra o que, de certa forma, facilita a obtenção de dados das secretarias de Planejamento e Administração do município.

Desta forma, acreditamos que pudemos analisar, através das práticas de saúde de um distrito sanitário, os quatro sistemas de informação em saúde enquanto instrumento de tomada de decisão e, em certa medida, generalizar os resultados para a rede básica de saúde, levando em conta que os Distritos têm suas especificidades nem sempre generalizáveis.

Cabe esclarecer que o conjunto de dados do município é divulgado de forma diferente pelas diversas secretarias municipais; por exemplo, a Secretaria Municipal de Saúde divide o município em distritos, ao passo que Secretarias como a de Planejamento ou a de Administração o fazem por subsetores. A saber: a Secretaria Municipal da Saúde divide o município em cinco distritos considerando a proximidade da população em relação às Unidades de Saúde, a acessibilidade geográfica e recursos disponíveis; e outras secretarias seguem o IBGE na divisão por setores central, norte, sul,

leste e oeste, subdivididos em subsetores numerados, dependendo da extensão da área com a finalidade de facilitar o censo no município.

Assim, como o total dos subsetores não coincide com a área geográfica delimitada, a desagregação dos dados do município para as respectivas áreas de abrangência acaba sendo dificultada⁴¹.

O Distrito Castelo Branco é constituído, em sua área geográfica, pelos subsetores: L2, L3, L5, L6, L7, L8, L10, L11, L12, L13, S2, S3, S4, S6, S7 e S8, dos setores leste e sul do município, conforme demonstra o mapa no Anexo 1 (p.285), que divide o município de Ribeirão Preto em Distritos.

Trouxemos essas considerações para que possamos pensar nas contradições que possivelmente ocorrerão em relação às fontes de dados, periodicidade e compatibilização dos sistemas de informação.

2.2. OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE INVESTIGADOS

Estabelecemos como nosso foco de estudo os sistemas de informação em saúde da Divisão de Informática e da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto: SIM– Sistema de Informação de Mortalidade, SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos, SIVE – Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica, HYGIA – Sistema de Informação Ambulatorial Informatizado. Os quatro sistemas foram selecionados devido ao fato de se relacionarem ao processo saúde - doença e

⁴¹ Este problema foi detectado pelos pesquisadores do Projeto CIPESC – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, durante a coleta de dados secundários relativos ao cenário (Distrito Castelo Branco).

circularem pela rede básica pública de saúde, instrumentalizando a tomada de decisão.

Os Sistemas de Informação Hospitalar – SIH, Sistema de Controle, Avaliação e Auditoria, Sistema de Cadastro de Serviços, Sistemas da Área Administrativa (administração de materiais, compras, controle de patrimônio, controle orçamentário e financeiro, pessoal...), não foram contemplados neste estudo, pois estão mais voltados, respectivamente, para a área hospitalar e administrativa e, como não são coletados/alimentados pela rede básica de saúde nem oferecem retorno e subsídios que instrumentalizem as ações de saúde na tomada de decisão na referida rede, não fazem parte do recorte deste estudo.

2.3. ENTRADA NO CAMPO DE ESTUDO

2.3.1. QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo não se trata de experimento com seres humanos, mas como pessoas (profissionais de saúde) foram entrevistadas e observadas na realização de atividades de saúde, consideramos necessário realizar todos os procedimentos relativos à ética em pesquisa.

Desta forma, antes da nossa entrada em campo, seguindo as normas estabelecidas para desenvolvimento de pesquisa, submetemos este projeto ao Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo o qual foi anuído (Anexo 2, p.287), bem como solicitamos a permissão da Secretaria da Saúde, através do secretário da saúde, para trabalhar no referido campo (Anexo 3, p.289)

Assim, antes de obtermos a anuência dos trabalhadores da saúde para a realização da pesquisa, uma carta foi encaminhada, oficialmente, pela pesquisadora e sua orientadora, ao secretário municipal da saúde, informando sobre a finalidade da pesquisa e solicitando autorização para a referida investigação no distrito selecionado.

Após a autorização oficial, fizemos contato com o Departamento de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde, com a finalidade de explicitar os objetivos do trabalho. Solicitamos, nesta ocasião, uma lista dos gerentes das Unidades de Saúde desse Distrito, para explicarmos o trabalho e pedir autorização para realização do mesmo, bem como o período a ser realizado.

Todas as entrevistas foram agendadas previamente e gravadas com a autorização dos profissionais, através do preenchimento e assinatura do “Termo de Consentimento Pós-Informação, que além de explicar o objeto e objetivos da investigação, assegurava o anonimato dos sujeitos observados e entrevistados (Anexo 4,p.291).

Nossa entrada no campo de pesquisa deu-se de maneira gradual, através de uma apresentação inicial com a equipe de trabalhadores do cenário estudado, em cada unidade, mencionando o interesse da pesquisa, os motivos que nos levaram a investigar o assunto, o tempo provável de duração do pesquisador em campo, as técnicas de pesquisa a serem utilizadas, ou seja, observação e entrevista e os possíveis sujeitos a serem entrevistados, bem como o porquê da escolha.

A seguir, passamos a detalhar cada uma das técnicas de investigação.

2.4. TÉCNICAS DE PESQUISA

Para a coleta de dados utilizamos as técnicas de pesquisa: análise documental, observação participante e entrevistas. Este conjunto possibilitou a complementação de dados e informações necessárias para analisar os sistemas de informação.

2.4.1. ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental foi realizada para cada sistema e explorou o conteúdo dos documentos, buscando atender às abordagens (estrutura, processo e resultado-saídas). Cabe salientar que esta parte foi a primeira a ser desenvolvida e ajudou a nos aproximar dos sistemas públicos de informação em saúde, delimitando sua estrutura, processo e resultado (saídas), conforme apresentado sobre a constituição formal dos sistemas de informação em saúde no Capítulo 3.

Os documentos foram identificados e levantados em diferentes locais da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto a partir de 1989, visto que neste ano se deu a implantação da Divisão de Informática em Saúde que passou a gerenciar boa parte dos sistemas de informação. Ainda houve, neste mesmo ano, a implantação do Sistema de Informação em Vigilância Epidemiológica, no nível do município.

Os documentos foram rastreados nas Unidades Básicas de Saúde, na Divisão de Informática em Saúde e no Departamento de Planejamento da SMS-RP e no Fichário e Arquivo Público e Histórico de Ribeirão Preto – Casa da Memória, locais já identificados como centros de informação para este estudo.

Esta análise documental permitiu caracterizar os sistemas de informação em saúde selecionados, identificar, no movimento de organização dos sistemas, as pessoas chaves que participaram da implantação e implementação dos mesmos, para as entrevistas, e relacionar os sistemas de informação com os serviços, projetos, programas, nos quais estão localizados, para a tomada de decisão.

2.4.2. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Para alcançar o segundo objetivo que é analisar como os sistemas públicos de informação em saúde instrumentalizam a tomada de decisão na rede básica pública municipal de saúde, quais os princípios que a presidem e qual a lógica (intencionalidade) de produção de saúde que está presente, era necessário nos aproximarmos do cotidiano das práticas dos trabalhadores de saúde e analisarmos no dia a dia do trabalho como a informação é utilizada enquanto ferramenta analisadora de limites, ruídos e potencialidades.

Assim, optamos pela técnica de observação participante que permite captar fenômenos que não seriam obtidos através de entrevistas e análise documental.

Para MINAYO (1993), observação é considerada como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, mas que existem controvérsias em relação à sua prática tais como “o quê” e “ao como” observar.

Conta que a observação, enquanto estratégia, teve início no seio da antropologia como forma complementar de captação da realidade empírica.

Ao abordar a observação participante Malinowski, citado por MINAYO (1993), afirma que:

“(...) uma atitude de observador científico consiste em colocar-se sob o ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e inserção o mais íntimo possível. Significa abertura para o grupo, sensibilidade para sua lógica e sua cultura, lembrando-se de que a interação social faz parte da condição e da satisfação da pesquisa (...)” (p.138).

Gold, também citado por MINAYO (1993), traz os quatro tipos de papéis estereotipados:

- Participante total: participa inteiramente em todas as áreas da vida do grupo, representa com sucesso papéis exigidos no cotidiano.
- Participante como observador: relação meramente de campo, incluindo relação profunda e observação informal.
- Observador como participante: observação quase formal, em curto espaço de tempo, incluindo contato bastante artificial em relação ao sujeito observado.
- Observador total: os sujeitos da investigação não sabem que estão sendo observados.

Ressalta que, na verdade, nenhum desses tipos se realizam puramente a não ser em condições especiais e que em diferentes fases do trabalho de campo, um procedimento pode ser privilegiado em relação a outros, dadas as condições de pesquisa dos acontecimentos considerados (MINAYO, 1993).

A partir dessas considerações, temos clareza em não estabelecer limites estanques em relação ao tipo de observação participante que foi desenvolvida em campo. Procuramos considerar o que aponta MINAYO (1993, p.143) em relação à observação participante, ou seja:

“(...) como um processo que é construído duplamente pelo pesquisador e pelos atores sociais envolvidos. Esse processo possui momentos cruciais que devem ser encarados, tanto operacional quanto teoricamente. O primeiro deles é a entrada em campo.”

Assim, nesta investigação, para entrada em campo, procuramos seguir estas orientações, acreditando que o pesquisador se caracterizou ora como observador participante e ora como participante observador, visto que além do processo de observar o cotidiano do trabalho, dentro dos objetivos propostos, as observações foram utilizadas para contextualizar a fala dos sujeitos entrevistados.

Para o registro das observações utilizamos um diário de campo, bem como um roteiro de observação, previamente formulado, que se encontra no Anexo 5 (p.293). No diário de campo foram anotados aspectos importantes que extrapolavam o referido roteiro, mas se mostravam relevantes diante da situação observada.

Antecedendo a organização do referido roteiro, realizamos observação livre em duas das unidades desse estudo que nos mostrou e ajudou direcionar e sistematizar as observações para nosso foco, ou seja, os sistemas de informação em saúde enquanto instrumento na tomada de decisão.

Interessava-nos observar as situações nas práticas de saúde que utilizavam os sistemas de informação, quem os produzia e os utilizava, sua finalidade, o fluxo, os resultados gerados, a divulgação, o acesso e a articulação com os vários níveis da Secretaria Municipal da Saúde.

Assim, foram observados ora os trabalhadores da saúde, ora os setores do serviço e ora algumas reuniões. Realizamos nossa observação na Distrital do Castelo Branco em suas 5 UBS, conforme já citado.

A observação participante constou de:

- a) Observação dos trabalhadores na realização de atividades de saúde que, no momento, estavam ligadas a qualquer um dos quatro sistemas de informação em saúde. Estas foram: programação de visita domiciliar; notificação de doenças, vacinação; manuseio de instrumentos para processamento de dados dos clientes. Estas observações eram realizadas nos setores onde as informações circulavam: recepção, sala de vacina, sala de curativos, pré e pós consultas (Quadro 3, p.96). Na observação participante das atividades de saúde e dos setores os trabalhadores que realizavam as mesmas foram: enfermeiros (ENF), auxiliares de enfermagem (AE), técnicos de enfermagem (TE), gerentes (G) e agentes administrativos (AA).
- b) Observação de reuniões informais e formais: as reuniões observadas estão apresentadas no Quadro 5 (p.99).

Houve dois tipos de reuniões: as de nível central, envolvendo o Conselho Municipal de Saúde, Serviço de Assistência Domiciliar e Programa de Atenção à Saúde das Pessoas Portadoras de Deficiência - Exame do Teste do Pezinho, e as das UBS e UBDS, incluindo as reuniões com gerente da UBS e reunião da Vigilância Epidemiológica da UBDS com os gerentes da UBS e Comissão Local de Saúde.

Nas de nível central participaram: coordenadores de programas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, gerentes e conselheiros do Conselho Municipal da Saúde.

Nas de nível das UBS e UBDS participaram: conselheiros da Comissão Local de Saúde, gerentes, coordenadores de programas e enfermeiros.

O Quadro 3, a seguir, apresenta uma síntese das observações realizadas nas Unidades Básicas e na Unidade Básica e Distrital de Saúde, bem como o número de horas observadas.

Quadro 3 - Observações Realizadas

Unidade	Data	Início	Término	Duração	Observação	Th*
A	17/03/99	9:00h	9:30h	30'	Apresentação do Projeto para o gerente	22h
		9:30h	10:30h	30'	Apresentação do Projeto para enfermeira da Vig. Epidemiológica	
	9/4/99	9:00	12:30	3h e 30'	Setor de Vigilância Epidemiológica – notificações, fluxos, banco de dados – SIVE/SINAN	
	13/4/99	7:30	11:30	4 h	Sala de vacina – organização de dados/campanha de vacinação do idoso/ Sala Teste do Pezinho – SINASC	
	14/4/99	14:30	16:00	1 h e 15'	Sala de vacina – HYGIA/Setor de Vigilância Epidemiológica/Fluxo do Sistema SIVE/SINAN	
	15/4/99	8:00	11:15	3 h e 15'	Sala de vacina – HYGIA / Sala de Medicação e Curativo – dados de produção	
	16/4/99	15:00	18:00	3 h	Projeto Floresce uma vida – SINASC/Teste do Pezinho – SINASC	
	19/4/99	10:30	11:30	1 h	Sala de vacina/articulação dos sistemas HYGIA-SIVE	
	19/4/99	16:45	18:30	1 h e 15'	Projeto Floresce uma vida / Teste do Pezinho – SINASC	
B	22/4/99	14:15	18:00	3 h e 45'	Setor de Vigilância – Fichas de Notificações, fluxos, ações, articulações do níveis central-distrital-local	11h e 35'
	9/11/98	8:00h	8:30h	30'	Apresentação do projeto e conversa com a gerente e demais trabalhadores da unidade	
	10/11/98	8:00h	11:20h	3h 20'	Setor de Recepção: funcionamento e utilização do sistema HYGIA	
	11/11/98	7:50h	9:45h	1h e 15'	Setor de Pré e Pós-consulta: funcionamento e utilização dos registros de dados/produção/notificações-SIVE	
	12/11/98	7:15h	10:15h	3 h	Agendamento de visitas Domiciliares ao RN-SAD/Utilização da DNV – Declaração de Nascido Vivo/Floresce uma vida –SINASC	
C	20/11/98	14:00h	16:00	2 h	Sala de medicação – Registros de produção/ Sala de Vacina - registro HYGIA	11h e 45'
	11/11/98	10:00h	11:00	1 h	Apresentação do Projeto e discussão com os trabalhadores da unidade	
	16/11/98	14:00h	17:00h	3 h	Setor de Recepção/Notificação – SIVE /HYGIA: agendamento – prontuário	
	17/11/98	8:00h	11:00h	3 h	Sala de vacina/HYGIA/Projeto Floresce uma vida - Planilhas de avaliação/Sala de Pré e Pós-consulta	
	18/11/98	7:10h	11:15h	4 h	Sala de vacina/Projeto Floresce uma vida - SINASC/Sala de Curativo registros	
D	20/11/98	16:15h	17:00h	45'	Setor de recepção – dados de produção nível médio e superior/Organização de atividades de combate ao dengue	12h e 15'
	5/4/99	7:30	11:15	3 h e 45'	Apresentação do Projeto para os trabalhadores da unidade/Recepção – HYGIA Sala de vacina – HYGIA	
	6/4/99	7:00	11:15	4 h e 15'	Serviço de Assistência Domiciliar – SAD/Notificações/ Sala de Curativo: dados de produção	
	7/4/99	7:15	11:00	3 h e 45'	Sala de curativo: dados de produção/Recepção – HYGIA: cálculos de produção médica	
E	12/4/99	14:00	16:15	2 h e 15'	Sala de vacina: HYGIA/SIVE / Neste dia teve reunião da Com. Local de Saúde a partir das 16:15	6h e 45'
	22/4/99	8:30	11:00	2 h e 30'	Apresentação do projeto para o gerente / Recepção HYGIA/Notificação – SIVE	
F	23/4/99	7:30	9:30	2 h	Recepção - HYGIA / Sala de Curativo: dados de produção / Floresce uma vida: SINASC	9h
	28/4/99	8:30	11:30	3 h	Apresentação do projeto para o gerente / Recepção HYGIA	
	29/4/99	8:15	11:00	2 h e 45'	Sala de Pré e Pós-consulta: dados de produção/ Notificação:SIVE / Sala de vacina-Floresce uma vida/Teste do Pezinho-SINASC	
	29/4/99	14:30	17:45	3 h e 15'	Reunião com os coordenadores dos programas de saúde da SMS com o objetivo de discutir a implantação e implementação dos programas na unidade: dificuldades e possibilidades	

* Total de horas

Durante as observações, algumas entrevistas, segundo o Quadro 4, a seguir, foram ocorrendo de forma mais livre, conforme as dúvidas do pesquisador iam aparecendo em relação ao entendimento dos sistemas de informação em saúde, na tomada de decisão, nas atividades de observação na Unidade Básica e Distrital de Saúde, não sendo possível a sua gravação, fazendo parte, portanto, do “Corpus” da observação.

Quadro 4- Entrevistas não gravadas durante o processo de observação

Unidade de Saúde	Categ.	Data	Início	Término	Duração	Atividade de Informação
A	ENF3	15/4/99	10:00	11:00	1 h	Sistema HYGIA, Programa de Diabetes e Hipertensão e Pronto Atendimento
	AE1	19/4/99	17:45	18:30	45'	Exame do Teste do Pezinho ⁴² e o Programa Floresce uma Vida
B	ENF2	20/11/98	15:30	16:00	30'	Programa Floresce uma Vida
C	AE2	17/11/98	9:30	9:50	20'	Sala de Vacina, Exame do Teste do Pezinho e Projeto Floresce uma Vida
F	TE1	29/4/99	9:00	10:00	1h	Exame do Teste do Pezinho e Sala de Vacina
F	ENF1	29/4/99	14:45	15:15h	30'	Programa Floresce uma Vida

AE: auxiliar de enfermagem; TE: técnico de enfermagem; ENF: enfermeiro.

Este procedimento deu-nos segurança para retirar questões percebidas como irrelevantes e ir compreendendo aspectos que iam se explicitando aos poucos, observando o que era contraditório e/ou representativo em relação ao objeto de estudo. Enfim, ir clareando os problemas mais centrais, compreendendo, interpretando e comparando os vários aspectos observados das atividades realizadas e setores.

⁴² Programa de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência SMS-Ribeirão Preto-SP que inclui o Exame do Teste do Pezinho.

Conforme apresentado no Quadro 5 (p.99) as observações foram realizadas nas reuniões das Comissões Locais de Saúde da UBDS Castelo Branco e UBS Jardim Juliana, Conselho Municipal de Saúde, Programa de Assistência Domiciliar, Programa de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência - Exame do Teste do Pezinho, reunião de coordenadores de programas com gerente da UBS, reunião da Vigilância do Distrito com os gerentes das UBS.

As outras Unidades Básicas, a saber, UBS São José, UBS Jardim Zara e UBS Vila Abranches não contavam com Comissão Local de Saúde estruturada e em funcionamento.

O total de horas de observação em setores e atividades (Quadro 3, p.96) foi de **71h e 35 minutos**, sendo de **22h** para a Unidade A; **11h e 15 minutos** para Unidade B; **11h e 45 min** para a Unidade C; **12h e 15 minutos** para Unidade D; **9h** para a Unidade F e **6h e 45 minutos** para Unidade E.

Realizamos um total de **25h e 50 minutos de observações em reuniões** (Quadro-5, p.98), distribuídas da seguinte forma: **10h e 20min** de observação no Conselho Municipal de Saúde; **3h e 15min** nas Comissões Locais de Saúde; **2h** nas reuniões da Vigilância Epidemiológica com os gerentes do Distrito Leste; **2h e 30 min** para a reunião dos coordenadores de Programas com o gerente de uma Unidade Básica; **5h e 15min** no Serviço de Assistência Domiciliar e **1h e 30min** para o Exame do Teste do Pezinho.

Quadro 5 – Quadro de Reuniões observadas

Tipo de Reunião	Objetivo	Data	Início	Término	Duração
Secretaria Municipal de Saúde					
Conselho Municipal da Saúde	Dificuldades de conclusão da obra da UBS Maria das Graças com a Secretaria da Infraestrutura/Encontro das Comissões Locais de Saúde/Membros da Secretaria da Cidadania	30/03/99	19:30h	21:20h	1h e 50'
Conselho Municipal da Saúde	Apresentação do Programa de Def./Aquisição de Aparelhos auditivos e prótese	05/05/99	19:00h	23:00h	4h
Conselho Municipal de Saúde	Reforma UBS Maria da Graça /Encontro das Comissões Locais de Saúde /Modelo de Saúde	17/03/99	19:30h	21:30h	2h
Conselho Municipal de Saúde	Programa de Atenção dos portadores de Deficiência / Aquisição de Aparelhos Auditivos, órteses e próteses. Apresentação do Programa de Atenção ao Idoso. Legislação e Composição do Conselho. Teste do Pezinho / Detecção de anemia falciforme.	26/05/99	19:00	21:30h	2h e 30'
Reunião Teste do Pezinho	Avaliação dos registros no sistema HYGIA e o relatório de coleta do Teste do Pezinho. Crianças que nasceram no início do ano e que o Teste do Pezinho não foi coletado/Retorno das UBS sobre esta informação. Dificuldades técnicas na coleta do Teste do Pezinho.	11/06/99	14:00h	15:30h	1h e 30'
Serviço de Assistência Domiciliar	Discutir o SAD e trabalho em equipe	23/11/98	13:30h	16:15h	2h e 45'
Serviço de Assistência Domiciliar	Novo Formulário do Floresce Vida/exercício sobre os acontecimentos na Unidade	19/04/99	13:30h	16:00h	2h e 30'
UBDS Castelo Branco					
Reunião Comissão Local de Saúde	Completar Quadro da Comissão/Cronograma das próximas reuniões/Encontro de Comissões	6/4/99	18:00h	19:15h	1h e 15'
Reunião da Comissão Local de Saúde	Vacinação do Idoso. Questionário para ser respondido pelas Associações de bairro e Comissões Locais de Saúde. Elaboração da apresentação do painel sobre dengue no encontro de Comissões Locais de Saúde..	01/06/99	17:30h	18:45h	1h e 15'
Reunião da enfa. da Vig. Epidemiológica com os gerentes do Distrito Leste	Boletim anti-rábica/Vacinação Idoso Campanha	23/03/99	15:00h	17:00h	2h
UBS Jardim Juliana					
Reunião da Comissão Local de Saúde	Dificuldade de coleta de lixo útil/Novo Secretário da Saúde Questões sobre dengue/Cólera - novo prédio da SMS.	12/4/99	16:15h	17:00h	45'
UBS Vila Abranches					
Reunião da coordenação de Programas com a gerente e enfermeira	Conversar sobre a implantação dos todos os Programas da SMS.	29/04/99	15:15h	17:45h	2h e 30'

Todo o trabalho de campo foi realizado pela pesquisadora, no período de novembro de 1998 a junho de 1999, perfazendo um total geral de 99h e 10 minutos de observação.

Os horários de observações foram variados, durante o período de funcionamento das unidades que eram: das 7:00h às 17:00h para as unidades B, C, D e E, sendo que a unidade F funcionava das 7:00h às 22:00h e a Unidade A funcionava 24 horas. Os horários escolhidos para observação, além de depender do horário de funcionamento das Unidades, dependiam, também, do horário das reuniões agendadas que, no caso do Conselho Municipal de Saúde, ocorriam no período noturno, e das Comissões Locais de Saúde no final da tarde.

Encerramos a coleta de dados em cada unidade à medida que as informações tornavam-se coincidentes e suficientes para os objetivos propostos neste estudo.

2.4.3. ENTREVISTA

Utilizamos esta técnica com a finalidade de obter informações, confrontar dados, identificar contradições, buscando melhor aproximação com a realidade.

Entrevistamos os coordenadores dos quatro sistemas de informação em saúde, bem como pessoas chaves, coordenadoras ou não, envolvidas com os programas de saúde da Secretaria Municipal da Saúde e com os sistemas de informação em saúde, e os gerentes de quatro UBS e uma UBDS, sobre questões relativas aos sistemas de informações, considerando serem estes agentes as pessoas que participam do dia-a-dia da construção dos sistemas de informação, bem como de sua utilização na tomada de decisão.

Desta forma, das 6 unidades de saúde selecionadas (5 UBS e 1 UBDS), entrevistamos 5 gerentes (1 cirurgião dentista, 1 médico e 3 enfermeiras), sendo que um dos gerentes estava com dificuldades para agendar horário para entrevista e ficou descartado; entrevistamos também 1 enfermeira de UBS e 1 enfermeira do Distrito. Dentre os profissionais do nível central da SMS, entrevistamos 3 médicos, 4 enfermeiras e 1 analista de sistema.

Portanto, ao todo foram entrevistados 15 profissionais da saúde e as entrevistas realizaram-se no período de março a julho de 1999.

As entrevistas partiram de questões norteadoras que direcionavam para nosso objetivo de investigação, contemplando a experiência do entrevistado e o contexto de seu trabalho, conforme o Anexo 6 - Roteiro para os gerentes e enfermeiros (p.295) e Anexo 7 - Roteiro para os profissionais do nível central da SMS (p.299).

Construímos, portanto, dois roteiros de entrevistas, um voltado para os gerentes das UBS e enfermeiros e outro para coordenadores e responsáveis por programas do nível central da SMS, ligados aos programas de saúde e/ou sistemas de informação.

Segundo MINAYO (1996a, p.99), o roteiro de entrevista deve constar

“apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto, em relação à realidade empírica e deve responder às seguintes condições:

a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objetivo e que todos se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo;

b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la;

c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objetivo, do ponto de vista dos interlocutores”.

Concernentes com este pensamento, elaboramos o roteiro de entrevista com questões sobre implantação dos sistemas, objetivos/finalidades, funções, recursos humanos e materiais, fluxo da informação e sua periodicidade, dados produzidos (tipos de relatórios), integração com outras instituições e o nível hierárquico de que faziam parte.

Outras entrevistas foram necessárias para complementar os dados empíricos como na Unidade Básica e na Distrital, com enfermeiras que estavam envolvidas com os sistemas de informação. Assim, devido ao nível de relacionamento dessas enfermeiras com as atividades na unidade, optamos por utilizar do mesmo roteiro de entrevista usado para os gerentes.

O roteiro aplicado aos profissionais do nível central da SMS, continha questões direcionadas ao trabalho desenvolvido com os sistemas de informação, articulação da informação gerada com os outros sistemas de informação em saúde, avaliação dos dados e os mecanismos de medir qualidade, utilização das informações e principais entraves dos sistemas de informação e sugestões.

Quanto ao roteiro de entrevista com os gerentes e enfermeiros, procuramos, numa primeira parte, delimitar a questão da experiência dos entrevistados com os sistemas de informação em saúde e sua utilização no nível local quanto às decisões voltadas para organização do

atendimento aos clientes na unidade e a tomada de decisão. E uma segunda parte contemplava questões direcionadas à relevância das informações para a tomada de decisão, principais entraves e sugestões.

Os entrevistados tinham a possibilidade de expor livremente sobre o assunto proposto e, à medida em que o conteúdo era discorrido e se atendia aos itens propostos no roteiro, dávamos como respondido, não havendo a necessidade de abordá-lo novamente.

Em algumas unidades a entrevista foi anterior à observação, mas em outras ocorreu o inverso, visto a necessidade de aproximação do entrevistador com a unidade.

Os referidos roteiros foram testados em uma outra distrital de saúde e ajudou-nos no preparo das entrevistas com os entrevistados.

A escolha dos entrevistados foi intencional. A partir das observações nas unidades e entrevistas com os gerentes, detectávamos os trabalhadores mais envolvidos com os sistemas de informação.

Desta forma, as entrevistas registradas no Quadro 6, 7 e 8, a seguir, foram necessárias e tiveram tempo hábil para seu agendamento. As mesmas foram gravadas e transcritas.

Quadro 6 - Quadro dos gerentes entrevistados

UNIDADE DE SAÚDE	GERENTE	DATA	INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
A	G3-Dentista	26/3/99	9:10h	10:05h	55'
B	G1-Enfermeira	27/4/99	15:20h	16:10h	50'
C	G5-Enfermeira	22/3/99	9:30h	11:10h	1h e 20'
D	G2-Enfermeira	28/3/99	9:30h	10:30h	1h e 5'
E	G4-Médico	13/4/99	15:00h	16:45h	1h e 45'

Quadro 7 – Quadro de entrevistas com enfermeiros

Unidade de Saúde	Profissional	Data	Início	Término	Duração	Atividade de observação
A	ENF 5	22/4/99	16:00h	18:00h	2 h	Vigilância Epidemiológica da Unidade – entrevista gravada
E	ENF 1	23/4/99	14:30h	16:00h	1h e 30'	Projeto Floresce uma vida – entrevista gravada

Quadro 8 - Entrevistas realizadas no nível central da SMS

Depto ou Programa	Prof.*	Data	Início	Término	Duração	Atividade de Informação
Depto de Planejam.	M3	20/7/99	14:10	14:50	40'	SIVE, SINAN, HYGIA e SIM
Depto. de Vigilância em Saúde	M2	20/7/99	15:15	16:15	1 h	SIVE e SINAN
	ENF9	7/7/99	15:30	16:40	1 h e 10'	Programa Ampliado de Imunização, HYGIA e SINASC
Divisão de Informática	ENF6	4/5/99	7:30	8:30	1 h	Programa Floresce Uma Vida – FUV
	AN1	6/7/99	10:15	11:15	1 h	SIM, SINASC e HYGIA
	ENF8	6/7/99	9:30	10:30	1 h	SINASC e SIM
Programa de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência SMS-Ribeirão Preto-SP	M4	11/04/99	14:00h	15:30	1 h e 30'	Exame do Teste do Pezinho
Serviço de Assistência Domiciliar - SAD	ENF7	12/5/99	15:45	17:00	1h e 15'	Serviço de Assistência Domiciliar

M: médico; ENF: enfermeiro; AN: analista de sistemas

2.5. ANÁLISE DOS DADOS

O material coletado, após exaustiva exploração dos dados, e a fim de desvendar o conteúdo latente dos mesmos, foi dividido em dois grupos de análise para melhor sistematizar e compreender a informação enquanto instrumento na tomada de decisão. São estes:

- O primeiro, representado pela constituição formal dos sistemas de informação em saúde, composto por estrutura (recursos físicos e humanos), processos (fluxos) e resultados (saídas);

- o segundo, constituindo-se os aspectos dos sistemas de informação como ferramenta analisadora de intencionalidade dos processos de produção em saúde, na tomada de decisão.

Os dois grupos estão intimamente relacionados, mas com enfoques distintos; no primeiro grupo de análise, trouxemos as características mais duras, com formas mais definidas e normatizações dos sistemas de informação; o segundo grupo, voltado para os aspectos dos sistemas de informação da rede básica pública municipal de saúde durante o cotidiano do trabalho em saúde.

2.5.1. A ESTRUTURAÇÃO PARA ANÁLISE DA CONSTITUIÇÃO FORMAL DOS SISTEMAS

Para melhor sistematização da parte operacional de coleta, ordenação e classificação inicial dos dados, bem como para padronizar a descrição e análise dos sistemas de informação, utilizamos o referencial teórico de DONABEDIAN (1988) sobre os elementos da avaliação para padronizar a descrição e análise dos sistemas de informação (SIM, SINASC, SIVE, HYGIA) na rede básica de saúde.

Autores que têm trabalhado com a temática da avaliação e que nos auxiliaram nesta sistematização, além de DONABEDIAN (1966, 1968, 1980, 1986, 1988), foram: McCORMICK (1983), DRUMMOND & MAYNARD (1988), DRUMMOND (1991), VUORI (1991), AKERMAN & NADANOVSKY (1992) e FORSTER *et al.* (1992). Estes autores têm nos levado a pensar na importância de, ao se avaliar uma determinada realidade, fazer-se a pergunta sobre o quê se vai avaliar, contextualizando este processo em

relação aos seus interlocutores, ou seja, no caso da produção de saúde, trabalhador da saúde, serviço de saúde e usuário.

Temos modelos de avaliação de serviços de saúde que abordam as expectativas e experiências dos clientes. Outros, como o de AKERMAN & NADANOVSKY (1992), discutem a necessidade de entendermos o modelo de atuação distinta que há no campo da saúde, envolvendo as ações de atendimento direto (serviços clínicos - arte do cuidar) e as de natureza indireta (áreas diversificadas ligadas às atividades de prevenção).

Entretanto, pensamos que a questão da avaliação da qualidade dos serviços de saúde passa por questões sociais, econômicas, culturais e políticas que extrapolam a área específica da saúde.

Torna-se necessário, entretanto, que a sociedade pense no que se deve avaliar em seu serviço de saúde. Desta forma, não estamos, nesta investigação, realizando uma avaliação de atividades diretas do cuidado em saúde, mas, através dos elementos constitutivos do processo de avaliação, visamos analisar os quatro sistemas de informação em saúde que instrumentalizam a tomada de decisão no nível local.

Tomamos, como dito anteriormente, para analisar os sistemas de informação em saúde, um autor clássico, Avedis Donabedian, que, a partir de 1966, sistematizou os estudos realizados sobre a temática da avaliação do cuidado, elaborando os três tipos de abordagem desta avaliação em: estrutura, processo e resultado.

A **estrutura** inclui características mais estáveis, os atributos da organização na qual o cuidado ocorre. Compreende número e tamanho

dos equipamentos; número, distribuição e qualificação dos profissionais; normatização; disposição geográfica dos hospitais; recursos necessários para prestar o cuidado e outras atividades. Tem características básicas, funcionando para influenciar o cuidado prestado, sendo de grande importância no planejamento e implementação de sistemas de cuidados. DONABEDIAN (1988) ainda assinala que apesar da estrutura ser relevante no planejamento, no sentido de contabilizar e analisar os recursos que envolvem o cuidado, esta estrutura, quando adequada, não garante alta qualidade, e, mais, considera a avaliação da estrutura e resultado como medidas indiretas do cuidado.

O **processo**, para este autor, constitui-se em medida direta, ou seja, é a base do julgamento de qualidade de como se dá a relação entre as características do cuidado e suas conseqüências à saúde, bem como o conjunto de atividades que ocorrem dentro e entre a equipe de saúde e os pacientes. A qualidade do processo é definida pelas normas da ciência médica, da ética e da sociedade, de acordo com os valores sobre saúde e bem-estar estabelecidos por estes. Enfim, o processo analisa como se dá o cuidado médico.

O **resultado** é apreendido como um significado da mudança no estado atual da saúde do paciente que é atribuído aos cuidados de saúde anteriores.

Entre estas três possibilidades de abordagem de avaliação existe uma inter-relação funcional fundamental, significando que características estruturais têm propensão a influenciar o processo do cuidado, sendo que, similarmente, mudanças no processo incluem variação na sua qualidade.

Considerando estes estudos de DONABEDIAN (1980, 1988) sobre avaliação do cuidado na abordagem interrelacionada de estrutura, processo e resultado, fizemos uma analogia com os sistemas de informação em saúde com a finalidade de sistematizar, através dos elementos da avaliação, um quadro esquemático (Anexo 8), instrumentalizando a análise destes sistemas no nível central e nível local da SMS.

Este procedimento foi necessário para melhor delineamento e aproximação do nosso objeto de investigação, a informação em saúde na tomada de decisão na rede básica pública municipal de saúde.

Assim, neste estudo, para fins de análise, dividimos didaticamente cada sistema de informação em estrutura, processo e resultado, para uma melhor sistematização e aproximação da realidade.

Na **abordagem estrutura**, incluímos as informações relativas ao histórico de implantação, aos recursos humanos, aos recursos materiais e à finalidade de cada sistema de informação.

Quanto à **abordagem processo**, focalizamos a funcionalidade dos sistemas de informação em termos de agregação, desagregação e fluxo dos dados, ou seja, como é produzida e disseminada a informação.

Dentro da **abordagem resultado**, contemplamos as saídas de cada sistema de informação, como: registros, mapas, gráficos, tabelas, relatórios, quadros e planilhas produzidos.

2.5.2. INSTRUMENTALIZAÇÃO DO AGIR EM SAÚDE

MINAYO (1996b) analisa diferentes autores para trabalhar o conceito de análise de conteúdo, relatando que este termo é comumente

usado para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa, mas que significa mais do que um procedimento técnico, fazendo parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

Para esta autora *“do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos”*(MINAYO, 1996b, p.203).

MINAYO (1996b) afirma que a análise temática é uma das técnicas de análise de conteúdo e uma das modalidades que melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde e que fazer esta análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, para ela, em termos de abordagem qualitativa, é buscar a presença de determinados temas que denotem de uma palavra, frase, um resumo, valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Cabe aqui, para melhor elucidar a nossa compreensão sobre análise temática, a qual tenta seguir a mesma lógica de MINAYO (1996b), complementá-la com o conceito de Laurence Bardin utilizado por MINAYO (1996b, p.208) de que tema é *“a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”*.

Enquanto busca teórica e prática, optamos pela análise temática, procurando atingir os significados manifestos e latentes do material analisado, a fim de alcançar os objetivos desta investigação.

Desta forma, as observações foram utilizadas para contextualizar a fala dos sujeitos entrevistados, ou seja, serão complementares, tentando através de um exercício crítico, aproximarmo-nos da realidade.

Realizamos uma pré-análise dos dados, com leitura flutuante e exaustiva dos documentos, registro das entrevistas e observações, no sentido de nos impregnarmos do conteúdo e dialogarmos com os dados, observando o que é repetitivo, o que é estranhamento, bem como abordando as questões a serem respondidas nesta investigação de forma a irmos organizando o material.

Para tanto, na constituição do *corpus* deste trabalho, organizamos o material de tal forma que pudéssemos responder a algumas normas de validade como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Ou seja, chegar ao que diz MINAYO (1996b) à unidade de registro – palavra-chave ou frase, à unidade de contexto – a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro, aos recortes, à forma de categorização, à modalidade de codificação e aos conceitos mais teóricos e mais gerais que orientam a análise.

Nesta investigação, confrontamos e analisamos os dados obtidos de fontes documentais, entrevistas, observações de atividades realizadas e de setores e observações em reuniões, através das abordagens teóricas sobre os sistemas públicos de informação em saúde no contexto da organização do Sistema Único de Saúde, norteadas pela visão de que nosso objeto de investigação é uma das temáticas do campo da saúde coletiva.

Assim, na análise dos dados procuramos eliminar incertezas em relação ao que percebemos nas mensagens, ultrapassando o olhar imediato e espontâneo e aproximando-nos das significações na busca de conteúdos e estruturas não explicitadas das mensagens frente ao objeto investigado.

Procedemos ao confronto do material coletado com nossos pressupostos, no sentido de elaborar a análise do material, bem como elaborar pressupostos emergentes.

Os dados foram classificados e agregados, constituindo-se nas categorias empíricas que comandaram a especificação dos temas, sendo que no tratamento dos resultados trabalhamos com as significações.

Assim, os dados obtidos foram agrupados para cada sistema de informação, pelo nível em que se encontravam os entrevistados e as observações realizadas pelo pesquisador, ou seja, nível local (UBS, UBDS, Comissão Local de Saúde) e central (Programas de Saúde, Projetos, Departamento de Planejamento e Divisão de Informática, Divisão de Vigilância Epidemiológica e Conselho Municipal de Saúde), seguindo a classificação para análise em conceito (características e conteúdos dos sistemas de informação em saúde), finalidade (com que intenção são produzidas as informações em saúde nos programas, projetos, serviços e ou sistemas de informação em saúde), fluxo (direcionamento dos dados coletados de forma ascendente, descendente e lateral), utilização (produção trabalhadores da saúde na rede básica e instrumentalizada pelo sistemas de informação em saúde), articulação (relação existente entre os sistemas de informação em saúde quanto ao nível local, distrital e central), limitação

(entraves e problemas existentes no desenvolvimento dos programas, projetos, serviços e ou nos sistemas de informação que atrapalham/dificultam a tomada de decisão) e sugestão (possíveis soluções para os problemas existentes em relação aos sistemas de informação em saúde). Posteriormente, a classificação de cada sistema foi confrontada entre o nível local e o central, sendo (re)classificada em utilização, articulação, limitação e sugestão.

Os resultados foram apresentados, para cada sistema, em dois grandes grupos: a partir de sua constituição formal, dividida didaticamente em estrutura, processo e resultado (saídas); e um segundo grupo relativo aos aspectos da informação instrumentalizando o agir em saúde.

CAPÍTULO 3

Olhando e analisando os
sistemas formais públicos de
informação em saúde no município
de Ribeirão Preto

CAPÍTULO 3 - OLHANDO E ANALISANDO OS SISTEMAS FORMAIS PÚBLICOS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

Os sistemas de informação em saúde – SIM-RP, SINASC-RP e HIGYA-RP estão, atualmente, ligados à Divisão de Informática e Estatística Vital do Departamento de Informática, Estatística, Controle e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

A constituição do Núcleo de Informática (atual Divisão de Informática e Estatística Vital) deu-se em 16 de outubro de 1989. Antes da referida data as atividades eram desenvolvidas junto à antiga Divisão de Medicina Preventiva da SMS-RP, sem muita sistematização que trabalhasse o sistema de informação do município de Ribeirão Preto.

Em 23 de fevereiro de 1996, houve a reestruturação geral da SMS e a denominação passou a ser Departamento de Informática o qual persistiu até 19 de fevereiro de 1999.⁴³

Para falar dos Sistemas de Mortalidade e de Nascidos Vivos de Ribeirão Preto é necessário reportarmos ao SICAEV-RP - Sistema de Coleta e Análise de Estatísticas Vitais mortalidade, nascimentos e informações demográficas da Divisão de Informática da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, o qual foi implantado em 1990.

⁴³ Mais informações ver: www.coderp.com.br/ e PEREIRA, Edmilson Belo. Sistema de informações e informática no sistema de saúde durante 15 anos (1983-1997): uma continuação ao estudo do local estadual e nacional em Ribeirão Preto-SP. 1999. 284p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Desta forma, trazer o SICAEV-RP ajuda-nos a recuperar a história do desenvolvimento destes dois Sistemas de Informação.

Anteriormente ao SICAEV-RP, era utilizado pela Divisão de Informática da Secretaria Municipal de Saúde, mapas de coleta referentes aos óbitos e nascimentos registrados em cartório no município de Ribeirão Preto. Devido à ocorrência de subregistros de nascimentos e com a boa organização do SINASC no município, a partir de 1995, a referida Divisão passou a utilizar a Declaração de Nascido Vivo, documento este preconizado pelo Ministério da Saúde, em 1990, e implantado pela DIR XVIII, em 1993, nos Hospitais de Ribeirão Preto.

Houve o aprimoramento do controle de distribuição e recolhimento efetivo da Declaração de Nascido Vivo pela Divisão de Informática da SMS junto aos Hospitais de Ribeirão Preto. A mesma sistemática de distribuição foi adotada para a Declaração de Óbito, mantendo a coleta das referidas Declarações (3ª via) nos cartórios de Registro Civil de Ribeirão Preto. Esta prática foi alterada em 1999 com o controle de distribuição e recolhimento das Declarações de Óbitos ocorridos nos hospitais de Ribeirão Preto pela Divisão de Informática da SMS.

A implementação do SIM-RP e SINASC-RP foi baseada nos programas de informação do Ministério da Saúde.

3.1. SIM – RP - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE

3.1.1. CONSTITUIÇÃO FORMAL

A. ESTRUTURA

HISTÓRICO

Segundo SILVEIRA & LAURENTI (1973) os eventos vitais são os nascimentos vivos, nascimentos mortos, óbitos, casamentos, adoções, separações e legitimações. MELLO JORGE *et al.* (1992) vão nesta mesma direção afirmando que eventos vitais são mudanças de estado que ocorrem em um ser humano desde o momento do nascimento até a morte.

Estudos referentes aos eventos vitais foram publicados em 1950 pelas Nações Unidas, através do “Manual de Métodos de Estatísticas Vitales”, enfocando as relações entre estatísticas vitais e o campo da saúde, o que resultou em diagnóstico da situação das mesmas nos países, sendo que vários seminários internacionais foram realizados nesta temática a partir de então, o que trouxe fortalecimento das estatísticas vitais para a Saúde Pública (MELLO JORGE, 1990).

Continuando, a mesma autora relata que na década de 80 nova reunião ocorreu, objetivando buscar estratégias para o melhoramento do Sistema de Registro Civil e Estatísticas Vitais, comparando situações atuais com as da década de 50.

No Brasil, o Sistema de Estatísticas Vitais está fundamentalmente calcado no Sistema de Registro Civil, sendo que o primeiro ato governamental

é datado de 1814⁴⁴, várias outras leis vieram e atualmente está em vigência a Lei 6015 de 31/12/73⁴⁵, ou seja, obrigatoriedade dos registros civis ficarem por conta do Estado (MELLO JORGE, 1990).

O modelo único do atestado de óbito⁴⁶ foi sugerido em 1925, por uma comissão constituída pela Organização de Saúde da Liga das Nações, tendo em vista a diferença de modelos nos diversos países. Em 1948, este modelo foi adotado como Modelo Internacional de Atestado de Óbito pela Conferência Internacional da Revisão da Classificação. A implantação deste modelo no Brasil deu-se em 1950, mas os dados referentes a identificação e outras informações foram padronizados para todo o país, a partir de 1975, pelo Ministério da Saúde que visava a implantação do Sistema Nacional de Informações para o setor saúde no Sistema de Informações de Mortalidade. A finalidade desse sistema foi compatibilizar os dados e permitir sua comparabilidade, consolidando-os em nível nacional, permitindo então maior racionalização das atividades baseadas nas informações (LAURENTI & MELLO JORGE, 1992).

O Ministério da Saúde implantou no Brasil o modelo de Declaração de Óbito em 1975, criando um sistema de coleta de dados de mortalidade (SIM - MS)⁴⁷.

⁴⁴Interditava a realização de enterros sem uma declaração médica relativa à morte (MELLO JORGE, 1990).

⁴⁵Lei dos Registros Públicos - não define nenhum dos eventos com os quais se vai trabalhar (MELLO JORGE, 1990).

⁴⁶Mais detalhes sobre o Atestado de Óbito ver LAURENTI & MELLO JORGE, 1992 e 1996.

⁴⁷SIM – O sistema de coleta de dados de mortalidade passou a apresentar a mortalidade segundo causas (seguindo regras internacionais estabelecidas pela OMS, considerado aspecto importante para a saúde pública (MELLO JORGE, 1990). Outros aspectos também são abordados pela autora em relação ao conceito contemporâneo de óbito.

O SICAEV-RP foi criado⁴⁸ através da portaria municipal nº 297, de 20/07/90, e complementada pela de nº 1071, de 27/09/90, e tem como objetivos:

- “☐ contribuir para a melhoria da qualidade dos dados de estatística vital do município de Ribeirão Preto;*
- ☐ obter informações preliminares de estatísticas vitais, com a atualidade necessária aos diferentes processos e fases do trabalho de saúde;*
- ☐ identificar os óbitos por Doenças de Notificação Compulsória (DNC), comunicando diariamente aos órgãos responsáveis pela Vigilância Epidemiológica do município;*
- ☐ identificar precocemente outros agravos inusitados à saúde, que necessitem de ações de Vigilância Epidemiológica e sanitária;*
- ☐ incentivar a implementação de projetos de investigação epidemiológica da mortalidade, tais como, mortalidade infantil, perinatal, determinadas causas como hipertensão, alcoolismo, entre outros;*
- ☐ fornecer informações de mortalidade atualizadas e descentralizadas, para subsidiar as ações dos serviços de saúde do município;*
- ☐ melhorar a qualidade das informações contidas nas Declarações de Óbitos;*
- ☐ avaliar a situação de saúde do município, através do acompanhamento dos indicadores de mortalidade e natalidade” (PEREIRA & MANÇO, 1995, p.50).*

O SICAEV-RP foi criado por iniciativa de um grupo de pessoas da Secretaria Municipal de Saúde (médicos, enfermeiras e técnicos de nível

⁴⁸As informações sobre SICAEV e SINASC constam no manual de rotina dos Serviços do Departamento de Informática da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Ver também: PEREIRA, E.B.; MANÇO, A.R.X. Sistemas locais de saúde e sistemas de informações: problemas e perspectivas a partir de um experiência municipal. *Rev. Município e Saúde*, ano III, n.5, p.41-53, 1995.

médio) e do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-FMRP-SP, com participação inicial da Secretaria Municipal do Planejamento.

Para a infra-estrutura mínima foi necessário:

] Uma equipe treinada para codificar causa básica da morte e local de ocorrência. Nesta época a equipe era composta por escriturários que, com a lei de cargos e salários (Decreto 054 de 23/03/95) passaram, em 1995, para técnico em processamento de dados.

] Programa computacional do PRO-AIM (Serviço Funerário Municipal/SMS/PRODAM-SP).

] Contatos com os Cartórios de Registro Civil para disponibilização e acesso à via de declaração de óbito do próprio cartório (uma via era do cartório e a outra do SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados), caracterizando um período de aproximação com os cartórios.

] Disponibilidade de um computador que não era exclusivo do SICAEV.

“Os programas computacionais iniciais na área de mortalidade foram cedidos pelo “PRO-AIM” (Serviço Funerário Municipal/SMS/PRODAM São Paulo), tendo sido posteriormente alterados e implementados pelo Setor de Programação do CPD-CODERP, inclusive para contemplar o processamento de nascimentos e óbitos invasores para Ribeirão Preto” (PEREIRA & MANÇO, 1995, p.50).

A partir de 1995, os impressos da Declaração de Óbito, passaram a ser distribuídos pelo Departamento de Informática, conforme formulário

padronizado pelo Ministério da Saúde (bloco numerado em 3 vias carbonadas), após reuniões e palestras sobre a temática neste município, visto que as funerárias vinham anteriormente manipulando este impresso em prejuízo do Serviço de Informação e da população.

Desde a adoção do atestado de óbito, em 1950, a partir da 6ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), ocorrida em 1948, já houveram várias alterações até agora, sendo que a mais recente foi a inclusão do óbito feminino em idade fértil.

Os campos da Declaração de Óbito (formulário) são compostos de oito blocos: **Bloco1:** cartório TM responsabilidade de preenchimento Unidade da Federação do óbito, data do registro, identificação do cartório; **Bloco2:** identificação do falecido, responsabilidade de preenchimento de quem atesta o óbito, o que ocorreu, onde e com quem ocorreu; **Bloco3:** preenchido em casos de óbito fetal ou de menores de 1 ano, condições familiares, gestação da mãe e de nascimento e morte do falecido; **Bloco4:** preenchido pelo médico a causa e condições da morte; **Bloco5:** firma do médico que assina a declaração; **Bloco6:** para os óbitos de causa externa, homicídio, suicídio ou acidente; **Bloco7:** preenchido pelo cartório, óbito sem assistência médica, ou que não exista no local o Serviço de Verificação de Óbito e ou Instituto Médico Legal e **Bloco8:** Cemitério/sepultamento.

O Departamento faz o levantamento contínuo e informatizado de dados vitais, sua tabulação, análise e divulgação dos dados o mais próximo possível da ocorrência de “fatos vitais”, trabalha com a Declaração de Óbitos e Declaração de Nascidos Vivos dos quatro cartórios pertencentes ao

município de Ribeirão Preto. Visa contribuir como subsídio para planejamento, gerência e avaliação das atividades do setor saúde.

Em 1996, com a introdução do CID-10 na codificação da mortalidade e com a desatualização do Programa Computacional em uso (o cedido pelo PRO-AIM), foi adotado o Programa Computacional do Ministério da Saúde, ou seja, o SIM-MS que permite digitar o nome da pessoa que foi à óbito, sendo que no do PRO-AIM isto não era possível.

Houve também necessidade de adaptação deste Programa aos recursos computacionais existentes na Divisão de Informática da SMS-RP, tomando em consideração as novas regras de codificação da mortalidade pela CID-10.

RECURSOS HUMANOS

O SIM-RP conta com uma enfermeira coordenadora que trabalha quatro horas por dia, 20 horas semanais, e três técnicos em processamento de dados que trabalham oito horas diárias, 40 horas semanais e um analista de sistemas que cumpre também 40 horas semanais, conforme o quadro 9.

Quadro 9 – Recursos Humanos do Sistema de Coleta e Análise de Estatísticas Vitais da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – julho de 1998

CATEGORIA	N.º DE PROFISSIONAIS
Enfermeira	01
Analista de sistema	01
Técnico em Processamento de Dados	03
TOTAL	05

Fonte: Departamento de Informática da SMS-RP, 1998.

B. PROCESSO

FUNCIONAMENTO

Os dados da Declaração de Óbito digitados são: (RIBEIRÃO PRETO, 1995c)

- ┌ cartório;
- ┌ número da Declaração de Óbito;
- ┌ número de registro de óbito no cartório;
- ┌ data do registro;
- ┌ data do óbito;
- ┌ idade;
- ┌ sexo;
- ┌ endereço do local da ocorrência, município de residência do falecido e subsetor (quando residente em Ribeirão Preto);
- ┌ causa da mortalidade com tipo de violência se for causa externa.

Os dados são codificados e digitados pela equipe de operadores técnicos em processamento de dados que receberam treinamento formal e informal.

As declarações são codificadas segundo a CID-10, desde 1996, ocasião em que o Departamento de Informática passou a digitar todos os campos da Declaração de Óbito, exceto a ocupação, visto o mal preenchimento pela falta de preparo dos técnicos dos hospitais para este tipo de atividade. Estes referidos campos ainda não foram trabalhados com os hospitais para o adequado preenchimento.

Duas docentes, Profa. Dra. Clarisse Dulce G. Carneiro e Profa. Dra. Amábil Rodrigues Xavier Manço, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, trabalham articuladas à Divisão de Informática e Estatística Vital na avaliação da qualidade dos atestados de óbito, orientações de dúvidas de codificações, bem como no assessoramento da produção de relatórios dentro dessa temática.

O fluxo de informação para óbito segue no nível nacional o esquema da Figura 4.

*Sugere-se que as instituições fiquem com uma via para ser retirada pelos Serviços de Estatística

Fonte: LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria Helena P. de, 1992.

Figura 4 – Fluxo de Informação para Óbito no Nível Nacional

Para óbitos hospitalares, no nível municipal segue a padronização do fluxo do Ministério da Saúde, conforme figura 5.

Fonte: Departamento de Informática da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP - 1997

Figura 5 - Fluxo de informação para óbitos hospitalares no município de Ribeirão Preto-SP

A partir do ano de 1998, este fluxo no município de Ribeirão Preto esteve em processo de mudança no que diz respeito a 3ª via, que atualmente vem direto do hospital para o Divisão de Informática e Estatística Vital da Secretaria Municipal da Saúde, com a finalidade de resgatar a demanda espontânea, pois está ocorrendo que, em algumas situações, a família pode realizar o funeral simplesmente com a declaração de óbito fornecida pelo hospital na ocasião do óbito.

Apesar da lei 6015/73, alterada pela lei 6216/75, determinar que nenhum sepultamento seja realizado no território nacional sem a certidão correspondente, pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997c) aponta que 20% do total dos óbitos não são registrados na região

norte, nordeste e centro-oeste, o que tem motivado a busca ativa nas unidades emissoras de Declaração de Óbito e eventualmente em cemitérios.

C. RESULTADOS (SAÍDAS)

Os relatórios básicos produzidos pelo SIM-RP são: Relatórios dos óbitos de residentes em Ribeirão Preto por capítulo da CID; Relatórios de óbitos por município de procedência e capítulo da CID; Relatório dos óbitos de residentes em Ribeirão Preto por Lista Tabular⁴⁹ e outros que podem ser desagrupados.

Fazendo parte dos boletins anuais sobre mortalidade de residentes e não-residentes em Ribeirão Preto, estão incluídos os indicadores demográficos, bem como os coeficientes de mortalidade e natalidade.

O primeiro número de publicação destes dados produzidos pelo SIM-RP em Ribeirão Preto é referente aos dados estatísticos de mortalidade do ano de 1991, incluindo uma série histórica de dados dos anos de 1970 a 1990, referente aos óbitos de residentes no município tendo como fonte destes dados o SEADE para este período, visto que anteriormente ao ano de 1990 o SICAEV-RP ainda não havia sido criado. O segundo e terceiro números de publicação, correspondem respectivamente, aos dados do ano de 1992 e 1993. Os boletins do ano de 1994 e 1995 e o de 1996 foram publicados, mais recentemente, a partir do início de 1998.

⁴⁹ Lista Tabular – é o volume 1 da CID-10, com a classificação propriamente dita. É formada por categorias isto é, código de três caracteres (uma letra e dois algarismos) e sub-categorias e neste caso, quando a uma categoria é atribuído um outro número, ficam portanto as subdivisões de três caracteres iniciais acrescidos de um ponto e do outro número. Um conjunto de categorias que contém doenças semelhantes constitui um agrupamento. Vários agrupamentos constituem um capítulo.

Essas publicações são distribuídas às instituições de saúde (hospitais, distritos de saúde e instituições não governamentais) do município, universidades e outras secretarias da saúde estaduais e municipais.

A coordenadora deste serviço relata os resultados alcançados pelo SIM-RP:

└ Que a procura pelo SIM-RP aumentou muito. Atualmente escolas de nível universitário, de nível técnico, colégios municipais, mestrandos, doutorandos e docentes do HCFMRP-USP e da EERP-USP criam demanda para os dados do SIM.

└ O SIM está sendo ponto de referência para estudos pelas características dos dados de estatísticas vitais que produz sobre o município.

└ Desde 1998 tem sido utilizado como campo de estágio para alunos do 5º ano de medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

└ As análises de dados realizadas pela equipe do SIM, nos últimos cinco anos (série histórica de 1991 a 1996), possibilitaram visualizar que: a mortalidade por Aids, nos dias de hoje, ultrapassa as mortes por Infarto Agudo do Miocárdio; que a população infantil também morre por Aids; que não houve notificação de óbito nos últimos anos, por doenças imunopreveníveis.

O boletim referente ao ano de 1997 já encontra-se pronto na fase de editoração e aponta um quadro modificado quanto às vinte principais causas de óbito. A Aids caiu para o segundo lugar, sendo que o primeiro e terceiro

são ocupados pelas doenças do coração e cerebrovascular respectivamente.

3.1.2. INSTRUMENTALIZAÇÃO DO AGIR EM SAÚDE: TOMADA DE DECISÃO

Detectamos ao confrontar os resultados do nível central com os da rede básica uma acentuada diferença do SIM em relação à instrumentalização para tomada de decisão, ou seja, os trabalhadores da rede básica desconhecem o perfil de mortalidade da sua área de abrangência, referindo que as informações elaboradas no nível central não chegam até à Unidade Básica, nem de forma oficial, nem de outra forma; bem como, há um desconhecimento do que é feito com essas informações.

Os trabalhadores da rede básica desconhecem o processamento dos dados de mortalidade realizado no nível Central e apontam que as informações são produzidas no Hospital e que para Unidade Básica as informações sobre a ocorrência dos óbitos chegam verbalmente e de forma informal através da população. O que é confirmado pela fala dos entrevistados:

... "essa informação acho bastante falha, porque a gente não sabe do que morre especificamente as pessoas na nossa área." (G5 - Nível Local-UnidadeC)

"Mortalidade eu não tenho para minha área, eu já tive isto , a nível de município..." (G2-Nível Local-UnidadeD)

"... nunca me chegou na mão algum dado de óbito ... temos o sistema HYGIA que o médico vai colocar o diagnóstico da causa morte, em termos como ela chegou faleceu, óbito dia tal, isso nós temos naquela ficha, mas assim dados de quantidade não." (G3 - Nível Local UnidadeA)

"... acho que algumas coisas, como no caso da mortalidade, é muito difícil a gente estar informada..." (G1 - Nível Local-UnidadeB)

"... a mortalidade a gente não tem, seria mais com os hospitais." (G4 - Nível Local-UnidadeE)

"...às vezes a gente sabe assim verbalmente, a gente fica sabendo que o paciente foi a óbito e a gente separa o prontuário, coloca o óbito, agora, informação legal nenhuma." (ENF4 - Nível Local-UnidadeE)

"... com a mortalidade eu não sei te explicar o que estão fazendo, se estão trabalhando com alguma coisa." (ENF5 - Nível Local-UnidadeA)

Na fala do G3 há um exemplo de disparador de ruídos quanto aos dados de mortalidade, indicando que há possibilidade de registrar os óbitos pelo sistema HYGIA, caracterizando este tipo de registro como esporádico, ou seja, apenas em situações de óbitos que venham a ocorrer na unidade de saúde, reforçando a idéia de que realmente estes dados não são incorporados e utilizados na organização da assistência à população desta área de abrangência.

Também durante o nosso processo de observação na rede básica de saúde e nas Comissões Locais de Saúde não vivenciamos a utilização dos dados de mortalidade pelos integrantes ou trabalhadores da saúde.

Por outro lado, o nível central acredita que os dados de mortalidade são utilizados pela rede básica na avaliação das unidades básicas, evidenciando uma contradição entre a visão dos trabalhadores

do nível local e os do nível central, bem como o desconhecimento do que se realiza em cada nível.

"...os gerentes através dos dados que a gente fornece trabalham com as informações para avaliação da sua unidade com relação ao número de população e do número de óbitos ou nascidos que ocorreu em determinada área..." (ENF8 - Nível Central)

Outras situações de utilização da informação sobre os óbitos estão articuladas à Divisão de Vigilância Epidemiológica que recebe as Declarações de Óbitos, que contêm as doenças de notificação compulsória como causa básica. Desta forma, esta Divisão procede ao confronto das fichas de Investigação Epidemiológica com a Declaração de Óbito.

O Comitê de Morte Materna também recebe da Divisão de Informática cópia da Declaração de Óbito, na ocorrência de óbitos de mulheres em idade fértil. A relação de natimortos também é encaminhada, periodicamente, ao Projeto Floresce uma Vida.

Estas articulações reforçam a idéia de que as informações sobre mortalidade circulam nos setores centrais da SMS, através de Programas, Projetos e Comissões. E pode ser exemplificada pela fala:

"... a gente não tem um limite de subsetor por unidade distrital, nós temos subsetores com por exemplo, três Unidades Básicas de Saúde e com dois distritos. Então a gente não tem específico essa informação do óbito daquele distrito ... a gente lida com essas informações por setor e a partir daquilo eles possam fazer uma

avaliação. Eu acredito que eles estão utilizando, eu acredito só que eu não sei..."(ENF8-Nível Central)

Os hospitais e as instituições em que ocorrem óbitos estão articulados com o SIM na produção das Declarações de Óbito, as quais são preenchidas, pelo hospital, em 3 vias, sendo que a 1ª via (branca), e a 2ª via (amarela), são entregues para a família que, posteriormente, as entrega no cartório com a finalidade de obter a Certidão de Óbito definitiva. O cartório, por sua vez, retém a 1ª via (branca) para controle e encaminha a 2ª via (amarela) para o SEADE. A 3ª via (rosa) é enviada pelo hospital para a Divisão de informática e Estatística Vital da SMS, a qual procede o preparo, avaliação dos campos de preenchimento e processa os dados, repassando para o Hospital os problemas de preenchimento, quando detectados.

Um dos problemas apontados nesse fluxo diz respeito à interferência das funerárias, que pedem emprestado a 3ª via da Declaração de Óbito e não devolvem ao hospital, prejudicando assim a estatística de mortalidade.

Todos os óbitos de não residentes em Ribeirão Preto são encaminhados para a DIR XVIII.

Dentre os problemas apontados pelo entrevistado ENF8 do Nível Central destaca-se o atraso na elaboração do Boletim Estatístico de Dados de mortalidade, com uma defasagem de aproximadamente 2 anos, pela dificuldade de buscar todas as informações sobre a patologia no S.V.O-Serviço de Verificação de Óbito e no IML-Instituto Médico Legal

para elucidação diagnóstica, além da demora do envio pelo hospital para a Divisão de Informática da SMS das declarações devolvidas para complementação dos campos da Declaração de Óbito. Esses fatores somados vêm prejudicando a divulgação dos dados, através do Boletim Estatístico para as unidades básicas, unidades distritais, hospitais, escolas, universidades, bibliotecas e setores políticos, que ao acessarem as informações defasadas acabam sub-utilizando-as.

A forma agregada de apresentação dos dados de mortalidade por subsetores e distritos de saúde, no município de Ribeirão Preto, dificulta a avaliação da ocorrência desses óbitos por área de abrangência das unidades básicas.

A análise das entrevistas e as observações realizadas confirmam a limitação principal do SIM para o nível local, ou seja, a não circulação desses dados nas UBS e UBDS, inviabilizando a sua utilização para a tomada de decisão.

Uma das situações de utilização da informação sobre óbitos ocorreu em reunião do Conselho Municipal de Saúde de forma a instrumentalizar os conselheiros em decisões relativas a elaboração de um Projeto Interinstitucional de ações voltadas para a prevenção de acidentes. Esta reunião tinha como objetivo apresentar os Programas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, bem como o desenvolvimento do trabalho do Conselho Municipal do Trauma. Os dados apresentados por este Conselho, dentre outros, enfatizavam as mortes e seqüelas que vêm ocorrendo em Ribeirão Preto por acidentes de trânsito. Sinalizou que

o número de mortes por causas violentas soma um total de três por dia, recebidos pelo IML - Instituto Médico Legal.

As discussões também tiveram sustentação na reportagem divulgada pela mídia, informando que no município de Ribeirão Preto o código de trânsito era anulado por falta de material de fiscalização para o trânsito.

Observamos que os dados sobre seqüelas e mortes por acidentes de trânsito puderam neste momento instrumentalizar a discussão sobre medidas preventivas para o município. Foi salientado pelo Conselho de Trauma que, muitas vezes, ao analisar a ficha de atendimento de trauma observa-se uma duplicação do registro do atendimento (notificado por ex. pelo SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência, CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho e polícia), dificultando a análise e utilização dos dados sobre trauma.

Alguns problemas estão presentes na utilização do banco de dados do SIM-RP na organização dos serviços na rede básica de saúde. Entendemos que estes estão relacionados à falta de acesso aos boletins, interpretação dos dados, periodicidade, tipo de consolidação dos dados por subsetores e distrito, dificultando a análise destes por área de abrangência das Unidades Básicas.

Por outro lado, a forma como o serviço na rede básica vem se organizando, privilegiando ações de caráter curativo, presa nas questões internas da unidade, ou seja, na organização do modelo médico assistencial individual em detrimento das ações de caráter de promoção da saúde e prevenção de enfermidades. Isto não vem favorecendo a

utilização dos dados de mortalidade em seu conjunto, a medida que existe uma política de manutenção das ações curativas pelos governos em exercício.

Reverter essa situação significa abrir mão de processos de trabalho que não produzem abertura de novas possibilidades de agir em saúde, ou seja, a expectativa é de que além de revelar as disfuncionalidades do cotidiano dos serviços e de ser uma ferramenta analisadora e reveladora das falhas das ações de saúde (através de estranhamentos), possa também ser instrumento para planejar ações de saúde voltadas para o controle da doença no nível populacional e poder apontar e incrementar medidas de promoção da saúde.

Entendemos que todos os trabalhadores (agentes, atores) de saúde, neste nível, enquanto sujeitos portadores de intencionalidade, dão certa direcionalidade no cotidiano do trabalho desenvolvido na rede básica e, na realidade, também são tomadores de decisão influenciando e recebendo influência no dirigir a unidade.

MERHY (1997, p.114) explica que *“o centro de saúde é uma ‘arena’ onde operam distintos agentes institucionais com perspectivas de ação nem sempre comuns, todavia não necessariamente contraditória também, mas, simplesmente, uma arena.”*

O referido autor nos chama a atenção sobre as intencionalidades dos diversos agentes existentes nessa arena, encarando a gestão como uma propriedade de cada um dos agentes e de todos eles ao mesmo tempo.

Trazer este autor ajuda-nos a entender melhor estas falas, a medida que, a partir destas considerações, nossa intenção é tomar a

informação como ferramenta analisadora dos processos instituintes e instituídos no agir em saúde, entendendo que todos os trabalhadores da saúde tomam decisões individuais e coletivas.

Na fala do entrevistado ENF4 ao se reportar a todos os sistemas de informação ressalta:

"...a gente não consegue trabalhar com essas informações, a gente não consegue planejar o serviço da gente, mas isso eu acho é muito do modelo que está de assistência, isso dá um sentimento às vezes de frustração total, às vezes a gente pensa em tantos índices que a gente estudou e que teria disponibilidade de estar usando para tentar trabalhar essa questão saúde. Há cinco anos atrás eu também estava em unidade básica e a gente conseguia ter um perfil da população apesar de não ter um sistema informatizado a gente conseguia ter um pouco mais de condição de trabalhar esses dados, então a própria pós-consulta registrava para a gente, por exemplo, os diagnósticos para agenda normal, a gente marcava nas agendas das crianças TRO, gripe, diarreia...." (ENF4 - Nível Local-UnidadeE)

Outro aspecto relevante a ser explicitado é a deficiência de clareza dos mecanismos de produção das informações sobre mortalidade e a forma de divulgação a qual não vem favorecendo o controle social sobre as condições e ações de saúde na rede básica, transformando o sistema de informação de mortalidade um fim em si mesmo.

Quanto aos Sistemas de Informação, CAMPOS (1997a; 1997b) analisa que estão cada dia mais desarticulados das linhas reais de intervenção, relatando que classificam-se óbitos por causas externas (causas violentas) segundo inúmeros e variados critérios, desconhecendo o que fazer com estes dados no cotidiano dos serviços.

Nem sempre o relatório reflete a realidade do dia a dia do serviço, é preciso contextualizar os dados para que façam sentido no diagnóstico da situação, avançando para gerar a tomada de decisão, no sentido de implantar e implementar ações conforme a realidade, identificando problemas, elaborando planos operacionais, executando atividades planejadas e dirigidas à solução de problemas de saúde.

Ainda para CAMPOS (1997a) talvez fosse conveniente a adoção de sistema de trabalho por compromissos especificamente assumidos pelas equipes de saúde pública a partir do diagnóstico de necessidade e de riscos e das condições técnicas, definindo programas de intervenção com prazos e metas previamente acordados entre direção e equipes com o acompanhamento por instâncias técnicas e de participação democrática.

3.2. SINASC – RP - SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE NASCIDOS VIVOS

3.2.1. CONSTITUIÇÃO FORMAL

A. ESTRUTURA

HISTÓRICO

A falta de fidedignidade em relação aos dados de nascidos vivos, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo, apresentado pelos órgãos nacionais, fez com que o Grupo de Assessoria em Estatísticas Vitais do Ministério da Saúde – GEVIMS⁵⁰ considerasse prioritária a implantação de um sistema nacional relativo aos nascidos vivos, ou seja, o SINASC-MS (Sistema de Informação de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde) (MELLO JORGE *et al.*, 1992a).

Segundo estes autores o referido sistema foi concebido e montado à semelhança do Sistema Nacional de Mortalidade (SIM/MS), objetivando padronizar um documento básico para todo o país, gerado em hospitais e instituições de saúde onde se realizavam partos e nos Cartórios de Registro Civil para os partos ocorridos em domicílio; anteriormente ao SINASC os dados correspondiam aos nascimentos registrados em Cartórios de Registro Civil.

Assim, em 1989, o grupo GEVIMS estabeleceu bases normativas e operacionais para o Sistema de informação de Nascidos Vivos.

⁵⁰GEVIMS – Grupo de Assessoria em Estatísticas Vitais, instituído pela portaria nº 649/GM/MS D.O.U. nº126, de 05/07/89.

A Declaração de Nascido Vivo (DNV) decorreu de uma das aplicações da Lei nº 6015 de 31 de dezembro de 1973, sendo que para 1998 estava previsto, segundo informações do DATASUS, uma normatização deste documento.

Ainda, esses autores salientam a necessidade de incluir no conjunto de dados, os relacionados às características da criança (peso ao nascer, duração da gestação), da gravidez (informações sobre a gestação e o tipo de parto) e da mãe (idade, instrução e paridade), sendo que a partir destas informações contidas na Declaração de Nascido Vivo torna-se possível proceder à avaliação do perfil epidemiológico desses nascimentos abrindo

“(...) uma nova perspectiva para o estudo de tantos e tantos problemas na área de saúde pública (...) contar a nível populacional, com importantes informações que possibilitarão maiores estudos sobre mortalidade infantil (...) desenho de intervenções destinadas a melhorar a sobrevivência das crianças (...) tornar possível encarar o recém-nascido de alto risco” (MELLO JORGE et al., 1992, p.13).

O SINASC, nível nacional, é considerado oficialmente implantado em 1990 em todo o país, através do formulário de entrada padrão, Declaração de Nascido Vivo, sendo a emissão do mesmo de competência do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde recomenda que a primeira via seja recolhida ativamente pelas Secretarias de Estado de Saúde ou Secretarias Municipais de Saúde para processamento, enquanto a segunda e terceira vias sejam entregues aos familiares para que sejam levadas ao cartório com a finalidade de se obter a Certidão de Nascimento. Nas regiões norte e centro-oeste 60% dos nascimentos não

são registrados, motivo este que levou as áreas responsáveis pelas estatísticas vitais a uma busca ativa nas unidades emissoras da Declaração de Nascido Vivo. Outro aspecto importante diz respeito a ficha de Declaração de Nascidos Vivos que deve ser preenchida para cada bebê nascido vivo no caso de gravidez múltipla.

Enquanto programa de informação sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde e nessa perspectiva, foi implantado nos hospitais de Ribeirão Preto em 1991, pelo antigo ERSA 50, atualmente DIR XVIII.

Em março de 1993 o município, através do então Departamento de Informática da SMS-RP e assessoria da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, assumiu o processamento do SINASC e distribuição dos impressos relativos a Declaração de Nascidos Vivos, viabilizando uma melhor sistematização e controle das informações relacionadas aos nascimentos ocorridos tanto no nível hospitalar quanto domiciliar.

Cabe salientar, que o **Estatuto da Criança e do Adolescente** lei nº 8069, de 13/07/90 em seu Título II, cap.I, Art.10, p.12-13 (BRASIL, MS., 1991), estabelece que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato.

Alguns campos da Declaração de Nascidos Vivos continuam não sendo preenchidos pelos hospitais de Ribeirão Preto, tais como os

relativos a número de filhos, aborto, pré-natal e raça (ainda muito discutido como discriminativo).

Em estudo realizado no município de Ribeirão Preto sobre o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo, através da comparação entre uma declaração controle (que foi baseada nos dados do prontuário do RN e da mãe) e a declaração oficial disponível na Divisão de Informática e Estatística Vital da SMS-RP, os autores chegaram a conclusão de que

“Da análise dos dados verificou-se que o fluxo de preenchimento da DNV é heterogêneo entre os hospitais, envolvendo desde o pediatra até a escriturária, e às vezes, funcionários administrativos. Em relação à consistência das informações, identificou-se uma concordância elevada, acima de 90% em treze das dezoito variáveis comparadas nas DNs e em metade dos hospitais investigados; a discordância ocorreu, principalmente, naquelas informações referentes ao número de filhos tidos, número de consultas pré-natal, grau de instrução da mãe e nome do pai” (MISHIMA et al., 1999).

FINALIDADE/OBJETIVO

O SINASC-RP tem a finalidade de fazer o controle estatístico e o cálculo de coeficientes de nascimentos e o agendamento do recém-nascido na UBS, recebendo semanalmente as primeiras e terceiras vias da declaração de nascimentos com a proposta de viabilizar a vigilância na assistência ao recém-nascido.

RECURSOS HUMANOS

O SINASC-RP conta com 01 enfermeira supervisora deste sistema que trabalha 04 horas por dia, 20 horas semanais, e 02 técnicos em processamento de dados que desenvolvem as atividades de controle da distribuição dos blocos numerados das declarações de nascimentos aos diversos hospitais do município, aferindo seu preenchimento, acompanhando as devoluções e digitando os campos pertinentes ao sistema, sendo que um deles desenvolve o trabalho em 08 horas por dia, 40 horas semanais e o outro cumpre 20 horas semanais.

Quadro 10 - Recursos humanos do sistema de Informações de Nascidos Vivos de Ribeirão Preto – julho de 1998

CATEGORIA PROFISSIONAL	Quantidade
Enfermeira	01
Técnicos em Processamento de Dados	02
TOTAL	03

Fonte: Departamento de Informática da SMS-RP

A enfermeira também participava até o ano de 1997 do Projeto Floresce uma Vida (FUV) do município de Ribeirão Preto, desenvolvendo atividades de articulação das declarações de nascidos vivos (3ª via) enviadas para a Divisão de Informática e Estatística Vital com as UBS, no sentido de agilizar a busca ativa do recém-nascido de risco.

RECURSOS MATERIAIS

O SINASC-RP conta com 01 computador e 01 impressora, instalados na Divisão de Informática e Estatística Vital, mas o programa pode ser acessado por qualquer um dos microcomputadores da Divisão, visto que este está instalado em rede.

B. PROCESSO

FUNCIONAMENTO

Em 1990, um fluxo de dados, desde o nível local de produção (hospital) até o nível central (Ministério da Saúde), foi proposto para as três vias (branca, amarela e rosa) da Declaração de Nascido Vivo (DNV). Ficou estabelecido pelo GEVIMS dois possíveis fluxos de informações, conforme a Figura 6, a seguir.

Alternativa 1

Alternativa 2

Fonte: MELLO JORGE, et al., 1992.

Figura 6 - Fluxo das informações de nascidos vivos no nível nacional

Sendo que para fins de implantação estabeleceram que:

“o documento – DN – ficava padronizado em todo o país, sendo sua emissão da competência exclusiva do Ministério da Saúde, que deveria se encarregar ainda da elaboração e distribuição de Manuais de Preenchimento;

☞ a Declaração de Nascido Vivo - DN deveria ser preenchida para todos os nascidos vivos, obedecido o conceito desse evento dado pela Organização Mundial de Saúde (OMS): 'produto da concepção que, independente do tempo de gestação, depois de expulso ou extraído do corpo da mãe, respire ou apresente outro sinal de vida, tal como batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não desprendida a placenta';

☞ o preenchimento deveria ser feito: a) no hospital/estabelecimento de saúde para os partos aí realizados, por qualquer funcionário da instituição; nos Cartórios do Registro Civil para os casos de partos domiciliares, com os elementos que coubessem;

☞ a implantação deveria ser iniciada nas capitais dos estados da Federação, estendendo-se, posteriormente, ao restante do estado, na medida das possibilidades de cada um,

☞ os Cartórios do Registro Civil deveriam ser contactados a fim de entenderem sua participação no Sistema e, por via de consequência a fim de emprestarem sua colaboração ao mesmo;

☞ o Ministério da Saúde deveria providenciar todo o necessário a fim de padronizar a entrada de dados em computador e as consequentes saídas, a fim de garantir, posteriormente, uma comparabilidade nacional dos dados;

☞ embora a implantação estivesse a cargo de cada unidade da Federação, o Ministério da Saúde deveria servir como apoio para que a implantação fosse efetuada, funcionando, fundamentalmente, como órgão de sensibilização e incentivo, além de ser responsável pelo treinamento dos multiplicadores a nível estadual;

☞ a primeira e mais imediata utilização dos dados produzidos deveria se fazer a nível local, visando, não só o conhecimento dos dados, como a já citada vigilância dos recém-nascidos de alto risco." (MELLO JORGE et al., 1992b, p.7-8).

Assim, o SINASC foi concebido em 1989 e implantado em 1990 após análise e discussões realizadas por este grupo de assessoria do Ministério da Saúde em nível setorial e nacional, sendo que a implantação se deu de forma gradativa (MELLO JORGE *et al.*, 1992b).

Tendo em vista a vigilância ao recém-nascido, o SINASC-RP procede o controle da distribuição e recolhimento da Declaração de Nascido Vivo em nove hospitais (Hospital das Clínicas, Beneficência Portuguesa, Ribeirânia, Santa Casa, Santa Lydia, São Francisco, São Lucas, São Paulo e Fundação Maternidade Sinhá Junqueira), bem como o processamento da via branca (1ª via). A partir de março de 1998 foi incluída, neste fluxo, a MATER - Maternidade do Complexo Aeroporto - Fundação Maternidade Sinhá Junqueira, que realiza atendimentos de partos do SUS.

O recolhimento das Declarações de Nascidos Vivos dos hospitais é semanal, contendo neste impresso os dados relativos ao:

- ┌ hospital - local de ocorrência do nascimento,
- ┌ dia/ mês/ ano de nascimento,
- ┌ sexo,
- ┌ peso ao nascer,
- ┌ Apgar no 1º minuto e 5º minuto,
- ┌ duração da gestação,
- ┌ tipo de gravidez,
- ┌ tipo de parto,
- ┌ nº de consultas no pré-natal,
- ┌ nome da mãe,

- ┌ nome do pai,
- ┌ idade da mãe,
- ┌ grau de instrução da mãe,
- ┌ nº de filhos (inclui os abortos),
- ┌ residência materna - para RP é digitado o logradouro e o código da cidade para os não residentes em RP digita o município e o estado,
- ┌ nome do responsável pelo preenchimento e função.

Atualmente, o SINASC-RP trabalha com os dados relativos ao município (por município, setores e subsetores de Ribeirão Preto) e hospitais onde ocorreram os nascimentos e segue o fluxo da alternativa nº 2 da Figura 6 (p.142).

C. RESULTADOS (Saídas)

MELLO JORGE *et al.* (1996), ao avaliar os dados brasileiros do SINASC após seis anos de implantação oficial no país, lembram-nos que apesar deste sistema ter a finalidade de suprir as deficiências do Registro Civil de Nascimentos, tendo o hospital como fonte primária de informação, este não vem superando o número de nascidos vivos informados em relação ao IBGE. Os autores acreditam que o fluxo da informação não está sendo finalizado e questionam, ainda, o conceito de “implantação” (85% do país) do sistema pelo Ministério da Saúde, indagando a existência desses dados em nível estadual/municipal.

No estado de São Paulo o SINASC foi implantado no ano de 1991, nos 572 municípios existentes no estado naquele ano.

Para o município de Ribeirão Preto foi adotado a alternativa de nº 2 da figura 6 (p.142), onde a 1ª via da declaração vem para o Divisão de Informática e Estatística Vital da Secretaria Municipal da Saúde, sendo este considerado o órgão processador do município dentro do referido fluxo.

A Secretaria Municipal da Saúde, através do Divisão de Informática e Estatística Vital, em 1997, desenvolveu e implantou um sistema informatizado – CONDEC - Controle de Declaração, com a finalidade de realizar um controle efetivo sobre os impressos distribuídos e recolhidos dos hospitais.

Os relatórios produzidos pelo SINASC-RP são relativos à frequência do cruzamento dos itens da Declaração de Nascidos Vivos, ou seja:

- ┌ por município;
- ┌ por hospital;
- ┌ ou somente residentes em Ribeirão Preto;
- ┌ por hospital, município;
- ┌ subsector de Ribeirão Preto - por mês ou meses de ocorrência.

Através do CONDEC, a equipe da Divisão de Informática e Estatística Vital faz o controle dos impressos da Declaração de Nascidos Vivos; confere as fichas de controle mensal; coleta os dados destas fichas, que recebe dos hospitais e cartórios; faz a conferência e a distribuição das declarações preenchidas para as unidades de saúde; codifica os logradouros; confere os dados após a digitação; produz relatórios e divulga os dados aos hospitais, DIR XVIII, Unidades Básicas de Saúde e Vigilância Epidemiológica.

O SINASC-RP contribui com os dados demográficos, a medida que faz a notificação de nascimentos ocorridos no município por subsetor e condições de nascimento.

Este banco de dados, vem possibilitando conhecer informações mais abrangentes, atualizadas e fidedignas sobre os nascimentos do município, viabilizando o início da vigilância ao recém-nascido de alto risco. O que é atualmente, desenvolvido pela SMS-RP através do Projeto Floresce uma Vida⁵¹.

Ao longo destes anos várias reuniões foram realizadas com os hospitais, com a finalidade de orientar funcionários e chefias sobre o fluxo e preenchimento do impresso da Declaração de Nascidos Vivos.

O Projeto Floresce uma Vida implantado em janeiro 1995, enquanto meta da SMS-RP, também apontou alguns resultados dos serviços desenvolvidos pelo SINASC-RP em relação as estatísticas relativas aos nascidos no município.

Concernentes com a idéia de concretizar uma assistência integral à saúde da criança, priorizando as ações de vigilância à saúde, nasce o Projeto Floresce uma Vida, integrando as secretarias do Meio Ambiente, Bem Estar Social e Educação, com Associação de Bairros, instituições hospitalares particulares, Universidade de São Paulo através dos Departamentos de Medicina Social e de Pediatria e Puericultura da

⁵¹ Mais detalhes sobre o Projeto Floresce uma vida ver: Plano de trabalho da SMS de Ribeirão Preto-Planejamento-1996a e Projeto Floresce uma Vida em Ribeirão Preto - SMS. Ribeirão Preto-SP, 1995d. Em 1993 vários serviços relacionados a saúde da criança foram implantados e ampliados na rede municipal da saúde, tais como: implantação do Programa da Criança, elaboração do Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, realização de Workshop para definir o Programa de Atenção à Criança em Ribeirão Preto, implantação do Programa de Saúde dos Portadores de Deficiência, implantação do Serviço de coleta do teste do pezinho.

Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas e Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, bem como outros departamentos da SMS (de enfermagem através do programa de atenção domiciliar) e programas da SMS (Programa de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência com a proposta da APAE - notificação de RN de risco através da ficha de avaliação, Programa de Saúde da Criança através do Projeto de Puericultura Continuada e Serviço de Assistência Domiciliar).

Esta proposta única de diferentes grupos de trabalho da saúde partiu de iniciativas no sentido de sistematizar atenção especial à saúde do recém-nascido, tendo como objetivo principal o de melhorar a qualidade de vida e diminuir a mortalidade infantil precoce no município.

O SINASC-RP, participa deste projeto, integrando os recursos do sistema HYGIA-RP⁵², onde os recém-nascidos são cadastrados e agendados para primeira consulta na rede básica de saúde, após alta da maternidade.

O projeto tem como proposta a de ser desenvolvida em três etapas operacionais:

*“☞ ações dirigidas às gestantes;
☞ atenção à puérpera e RN no pós-parto imediato;
☞ vigilância à saúde da criança principalmente nos primeiros meses de vida” (RIBEIRÃO PRETO, 1995d).*

⁵² HYGIA-Sistema de Atendimento Ambulatorial Informatizado da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto o qual processa as informações relativas ao atendimento ambulatorial, através de vários módulos.

Para 1996, a proposta foi de iniciar o projeto através de visita hospitalar às puérperas e agendamento de consulta do RN na primeira semana.

Esta proposta vai ao encontro do que esta preconizado pela Lei Orgânica do Município de Ribeirão Preto (RIBEIRÃO PRETO, 1990), ou seja, *“programação de programas de educação em saúde, de caráter interinstitucional, em consonância com os planos nacionais e estaduais sobre educação sanitária em geral e problemas específicos, epidemiologicamente definidos”* (RIBEIRÃO PRETO, 1995d), o que reforça a necessidade de informações articuladas rumo a construção de conhecimento sobre a realidade de saúde do município.

Atualmente, o Projeto Floresce uma Vida vem sendo coordenado pelo coordenador do Programa da Saúde da Criança-SMS-RP com ajuda do Serviço de Assistência Domiciliar – SAD-SMS-RP e do Programa de Aleitamento Materno-SMS-RP. A participação das outras secretarias e outros setores apresenta-se incipiente, o Programa de Saúde Mental vem colaborando nos aspectos relacionados a psicose puerperal e as UBS fazem a busca ativa das crianças e das mães.

Neste sentido, as informações sobre os nascimentos neste município instrumentalizam as ações dirigidas às crianças e gestantes.

3.2.2. INSTRUMENTALIZAÇÃO DO AGIR EM SAÚDE: TOMADA DE DECISÃO

Observamos que dos quatro sistemas públicos de informação em saúde estudados, três estão mais presentes, enquanto instrumento do trabalho no cotidiano das Unidades de saúde. Um deles é o Sistema de

informação de Nascidos Vivos, que tem como finalidade controlar a estatística e o cálculo de coeficiente de nascimentos e agendamentos para instrumentalizar a vigilância na assistência ao recém-nascido, sendo que os dados são produzidos através da Declaração de Nascido Vivo.

Esta Declaração de Nascido Vivo chega à Unidade Básica de Saúde, através de malote do setor administrativo (nível central) da Secretaria Municipal da Saúde, vinda do Projeto Floresce uma Vida, que a recebeu da Divisão de Informática e Estatística Vital da Secretaria Municipal da Saúde.

"a partir do momento que essa declaração chega aí na Informática ela é passada para a menina do SINASC. Ela entra no sistema Floresce uma Vida . Ela vai digitar o número do HYGIA, a data do agendamento da primeira consulta do nenê, se ele é SUS ou se ele é convênio. Ela digita estes três dados e no mesmo dia ela procura encaminhar para todas as Unidades Básicas essas fichas." (ENF6- Nível Central)

Durante nossa observação em campo, independentemente da chegada deste impresso - DNV, a auxiliar de enfermagem escalada na sala de vacina preenche os formulários do Projeto Floresce uma Vida (FUV), ou seja, Planilha de avaliação mensal do referido projeto, com exceção da Unidade A que tem uma auxiliar de enfermagem encarregada de organizar esta planilha que não fica escalada na sala de vacina. Em uma das observações nesta referida Unidade a auxiliar relata:

"não recebi nenhum treinamento, faço conforme fui me organizando... este Programa deveria ser de responsabilidade da enfermeira ... tem uma enfermeira do período da tarde que fica responsável por este Programa... eu recebo a criança, faço busca ativa no Sistema HYGIA para ver se tem HYGIA ... a maioria já vem com o cadastro HYGIA pronto, deve ser realizado no hospital... quando tem cadastro HYGIA, confiro o agendamento com o pediatra, se já consultou, se passou pela sala de vacina, procuro tudo relacionado com aquele RN... também circulo na Declaração de Nascido Vivo o peso da criança, a idade gestacional e, conforme o peso, quanto mais baixo agendo para visita domiciliar... faço visita uma vez por semana ... só tem viatura para uma vez por semana, antes tínhamos mais." (AE1- Unidade A)

Em um dos depoimentos de um trabalhador da saúde, usuário dessa informação, responsável por esta atividade na Unidade Básica esclarece que:

"...dou início ao preenchimento independentemente da Declaração de Nascido Vivo chegar, às vezes antes da DNV chegar a mãe traz a criança ao posto (...) faço o cadastro HYGIA do RN, aplico a vacina e faço o exame do pezinho⁵³ (...) depois é registrado na Ficha HYGIA da criança que pode ser recepcionada pela enfermeira, gerente, auxiliar de

⁵³ Teste do Pezinho: ação de prevenção secundária do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e tem como objetivo detectar precocemente duas doenças, o Hipotireoidismo Congênito (HC) e a Fenilcetonúria (PKU), que podem levar a Deficiência Mental.

enfermagem da sala de vacina ou outro auxiliar de enfermagem." (ENF2-Nível Local - Unidade B)

A Divisão de Informática e Estatística Vital faz o controle, distribuição e recolhimento das Declarações de Nascidos Vivos em nove hospitais de Ribeirão Preto como já mencionado anteriormente. A 1ª via (branca) é processada pela SMS (Divisão de Informática e Estatística Vital), a 2ª via (amarela) é entregue aos pais pelos hospitais para o Registro em Cartório e a 3ª via (rosa) encaminhada pela SMS (Divisão de Informática e Estatística Vital) ao Projeto Floresce uma Vida, o qual a encaminha à UBS. Este fluxo foi observado nas Unidades de saúde que fazem parte desta investigação.

Como relatado, algumas vezes, a mãe chega antes da ficha rosa na Unidade de Saúde. Nestes casos os dados contidos na DNV, acabam não sendo confrontados com as informações relatadas pela mãe, o que prejudica a tomada de decisão na priorização do atendimento ao RN de risco da área de abrangência da Unidade.

Outro aspecto interessante observado é a frequência de mães que comparecem a Unidade de Saúde antes da chegada da DNV.

"...você vê se ela veio fazer a vacina, se você perdeu a vacina, por que eu tenho um livro manual para estas crianças, no primeiro mês de vida, então todas que vêm pela primeira vez entram neste livro e aí eu cruzo com as fichas rosas que chegaram, às vezes não chegou ficha rosa e chegou uma criança, às vezes chegou uma criança e

não chegou ficha rosa para colocar no relatório que tem que fazer no final do mês." (G2-Unidade D)

O documento de orientação do preenchimento de avaliação mensal do Projeto Floresce Uma Vida, que se encontra nas Unidades, tem a finalidade de trabalhar as informações contidas nas DNV, alimentando o Banco de Dados do mesmo Projeto para avaliação do desempenho do Programa de Puericultura. Esse projeto teve início em maio de 1998, sendo que os trabalhadores da saúde da UBS, no caso o auxiliar de enfermagem e o enfermeiro fazem o registro e o controle destes dados.

"...no final do mês a gente recebe uma planilha pronta da Secretaria com os dados dos RN que nasceram naquele mês na Unidade, na área de abrangência do posto, aí a funcionária vai completando os dados, passa os dados para esta folha.... quando foi feita a primeira vacina BCG, quando foi o Teste do Pezinho, então assim, bem completa com aqueles atendimentos que se espera para o RN... esses dados são encaminhados ao Programa Floresce uma Vida, através do Floresce foi elaborada essa planilha e esses dados são encaminhados ao pessoal que trabalha nesse programa, na secretaria." (G5-Unidade C-Nível Local)

Em observação na Unidade C a auxiliar de enfermagem (AE2) manuseia a Planilha do Projeto FUV que fica arquivada na sala de vacina. Entre alguns papéis sobre a mesa da referida sala encontra-se uma pasta com o título "Boletim Mensal Floresce uma Vida", dentro da pasta a Planilha.

*"...quem faz o controle desta folha é a enfermeira e a gerente é responsável pelo preenchimento completo. Ela pega no HYGIA a informação que fica faltando... quando tem mais movimento o controle é por semana".
(AE2-Unidade C-Nível Local)*

Os campos preenchidos nesta planilha de avaliação correspondem a: nome da mãe, data de nascimento, peso, hospital, RN usuário ou não do SUS, data da 1ª consulta para puericultura⁵⁴, número de cadastro no HYGIA, visitas domiciliares realizadas, principalmente para os RN com peso igual ou inferior a 2.500g.

"...a auxiliar de enfermagem que fica no hospital ela acaba priorizando aos agendamentos dos de baixo peso de alguma criança que esta em risco." (ENF6-Nível Central)

"...ela faz contato com a Unidade. O que não precisa de contato na Unidade ela pega, entrega o cartãozinho para a mãe com a data do agendamento para a mãe ir na Unidade, na ficha do RN na ficha rosa ela também marca o número HYGIA do nenê e a data do agendamento e a Unidade para a qual a mãe vai ela põe o carimbo da Unidade... esta ficha volta para o Departamento de Informática de todos os hospitais... a partir do momento que esta ficha chega aqui ela é digitada pelo SINASC..." (ENF6-Nível Central)

⁵⁴ Alguns hospitais procedem a marcação da primeira consulta de puericultura através do 160 – Sistema Informatizado de agendamento no HYGIA

A planilha do Projeto Floresce uma Vida mostra-se importante fonte de informação para as ações de atendimento ao RN, apontando questões que protocolam alguns direcionamentos mínimos para o desenvolvimento do trabalho voltado para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no contexto familiar, bem como, amplia o conhecimento do perfil demográfico do município, colaborando na elaboração de programas a serem implantados e implementados na Secretaria Municipal da Saúde.

"Eu acho que a maior prioridade é você fazer um atendimento para o RN de baixo peso, principalmente para você manter o contato com a mãe e saber o que está acontecendo com o RN saber como ele está, se está indo na consulta se está fazendo vacina, tendo esse controle você não perde ele de vista." (ENF6-Nível Central)

"O planejamento tem buscado essas informações para repasse de verbas feito uma busca dessas informações também para discutir as ações de planejamento, número de médicos de profissionais ... a Vigilância Epidemiológica também busca estas informações par a contagem de vacina ..." (ENF8-Nível Central)

Existe uma demanda potencial, que é canalizada para serviços particulares, convênios, utilizando-se apenas do setor de vacinas e que não faz uso dos serviços oferecidos pela Unidade Básica.

O setor de vacina para o SINASC é um espaço dentro da Unidade Básica que cria uma integração das informações relativas ao RN, a

medida que, mesmo com convênios, os pais procuram a sala de vacina da rede pública.

Por outro lado, observamos que a coleta do Exame do Teste do Pezinho vem ampliando, gradualmente, a cobertura da busca do RN a partir das UBS. Há um compromisso formalizado dos responsáveis pelo RN em comparecer à Unidade para a referida coleta. As orientações sobre o exame e assinatura dos responsáveis pelo RN, no Termo de Compromisso, são realizadas dentro do hospital.

Uma das nossas preocupações, foi conhecer o entendimento dos trabalhadores da saúde, usuários da informação, sobre a utilidade da planilha do Projeto FUV. Pensamos que ao instrumentalizar as ações como visita domiciliar, primeira consulta de puericultura, seguimento do RN e vacina, auxilia a priorização de algumas ações relativas ao Programa de Saúde da Criança e do Adolescente.

Na fala dos entrevistados do nível local constatamos que o recebimento da DNV tem por finalidade instrumentalizar ações e práticas dirigidas ao atendimento e seguimento do RN, em especial a vigilância daqueles de risco.

"Quando a DNV chega na Unidade a gente já olha de imediato os dados que contém nela, e a gente prioriza as crianças de risco para a visita domiciliar..."(ENF4-Unidade E)

"...a fonte da Declaração de Nascido é importante, porque ali, você tem toda a área, de todos os nascidos vivos na área do Posto, porque do contrário a gente correria o risco de ficar só com aqueles pacientes,

nascidos vivos, do pessoal que nasce, que faz pré-natal aqui no posto e como ele é de toda a área, então você tem noção de quantas crianças são nascidas na área, independente se vão fazer o atendimento no Posto ou não, ou se estão fazendo seguimento em outros serviços." (G5-Unidade C-Nível Local)

"... podemos saber se a pessoa esteve aqui e com quem foi ... parece que é uma coisa burocrática, mas tem uma finalidade nobre que é você ter uma noção se aquela pessoa veio fazer puericultura e a gente vai atrás, a gente tem condições de ir..." (G2-Unidade D-Nível Local)

"... a gente vê quem é que nasceu, para depois as crianças que são da rede, que tem assistência pelo SUS a funcionária da sala de pediatria, já vai fazer o agendamento, já vai ver se a criança veio para a puericultura, ou se faltou. Aí ela vai estar encaminhando, fazer solicitação para fazer visita domiciliar ou se a criança compareceu pela primeira vez, ela vai tá fazendo seguimento de puericultura, então é uma forma de você obter o controle desses dados." (ENF5-Unidade A-Nível Local)

Em período de observação na Unidade F, a técnica de enfermagem (TE1) realizou a coleta do Exame do Teste do Pezinho e a aplicação das vacinas, orientando os pais sobre os procedimentos e cuidados necessários. Após, procedeu o registro no cartão da coleta do Exame do Teste do Pezinho: nome da mãe, data de nascimento, peso ao nascer, tipo de amamentação, hospital que nasceu, nome do obstetra e

se o RN tomou ou não sangue no hospital. Outro registro foi realizado no livro ata chamado "Livro do Pezinho", onde os dados sobre a data da coleta, data de nascimento, nome da mãe, hospital, endereço da residência foram anotados.

"Faço a recepção no HYGIA, anoto os procedimentos sobre o teste do pezinho e orientações, mensalmente vou às reuniões com o Dr. X, levando o Relatório Mensal da Coleta do Teste do Pezinho. Lá discute os problemas que ocorrem e como serão resolvidos aqueles quatro resultados do exame do pezinho que te mostrei no livro e que colhi e o resultado não chegou ... procurei o resultado em todos os cantos desta Unidade ... a coleta estava registrada no HYGIA e no livro, mas os quatro resultados já tinha um mês e não chegava. Liguei também no HC dizia que não havia recebido. Então falei com a enfermeira com a gerente e foi feita uma CI (comunicação interna) para o Dr. X e aí acharam os quatro exames não sei o que aconteceu, só sei que tirei um peso da minha cabeça e daqui há quinze dias o resultado estará pronto." (TE1-Unidade F-Nível Local)

A técnica de enfermagem reforça que a maioria dos problemas são resolvidos em reunião junto com a coordenação, conta, ainda, outras passagens sobre a localização de Declaração de Nascido Vivo que acaba sendo enviada para outras Unidades que não são a de referência ao endereço, necessitando de fazer a busca ativa articulada com as outras Unidades.

Essas falas apontam para a rede de petição e compromisso⁵⁵ destes usuários da informação em saúde, que através de uma técnica de coleta de exame e aplicação de vacina detectam ruídos no processo de trabalho, fazendo estranhamento e buscando resolver as demandas do serviço de tal forma a transformar seu cotidiano.

Um exemplo que pode elucidar a finalidade desse sistema ocorreu em um dos períodos de observação na Unidade Básica de Saúde B, onde uma auxiliar de enfermagem, tenta por telefone entrar em contato com a família de RN - gemelar, de baixo peso, através das informações registradas nas Declarações de Nascidos Vivos e uma agenda física para visita domiciliar do Projeto Floresce uma Vida. A finalidade do telefonema estava em torno da programação de visita domiciliar a estes gêmeos.

"O pai disse que um deles recebeu alta após 10 dias e o outro continua internado e ficará mais ou menos 30 dias (...) A casa está detetizando e só voltarão para lá no final da semana." (AE5-UnidadeB)

Assim, a auxiliar de enfermagem toma a decisão de fazer agendamento para depois do retorno dos pais na residência de origem, portanto, estes RN não foram incluídos na visita domiciliar da próxima semana.

Pensamos que nessa situação a auxiliar de enfermagem poderia decidir por duas alternativas: visitar o RN no endereço em que este se

⁵⁵ Esta terminologia é utilizada por MERHY (1997) e significa laços de compromisso entre os trabalhadores da saúde no alcance de um trabalho compartilhado.

encontrava, ou entrar em contato com a Unidade Básica mais próxima da residência temporária, solicitando acompanhamento do caso. A área de abrangência de uma Unidade Básica não pode ser um fator limitante para o seguimento do RN, ou seja, a regionalização dos serviços de saúde é uma das diretrizes organizativas do SUS que precisa ser pensada no contexto dos recursos de saúde no município.

Assim, o usuário da informação operou dentro da sua lógica privada, imobilizando processos de intervenção que substituísse a visita domiciliar programada por outra ação que pudesse produzir saúde naquele momento.

MERHY *et al.* (1997) analisam que os profissionais da área da saúde no cotidiano dos serviços operam constantemente com a produção de dados e informações, dentro de suas lógicas particulares, ou seja, exercem seu autogoverno, sem serem coletiva e publicamente interrogados sobre o sentido deste modo de operar.

Desta forma, não houve um fluxo lateral, de Unidade para Unidade, dessas informações. Na verdade, na fala dos entrevistados no nível local, esse fluxo lateral, ora citado, não foi contemplado.

Nessas entrevistas encontramos os seguintes agrupamentos relativos ao fluxo:

- a origem da DNV é o hospital;
- a informação para a Unidade Básica: fluxo rápido por telefone do hospital para a Unidade e o envio da DNV para a Unidade;

- a informação da planilha do Projeto Floresce uma Vida da Unidade Básica para Divisão de Informática e Estatística Vital e
- a informação do nível central através de reunião com a Unidade Básica.

Ao avaliar a referida Ficha Rosa – DNV, observei que constavam os seguintes campos preenchidos:

Nome (no caso a sigla RN na frente do nome da mãe), nome do Hospital onde foi realizado o parto, data e horário do nascimento, sexo, raça, peso, índice de Apgar⁵⁶ do 1º ao 5º minuto, duração da gestação em semanas, gestação e parto, tipo de parto, nº de consultas de pré-natal, nome da mãe e grau de instrução, nº de filhos nascidos vivos, endereço, nome do pai e o nome do responsável pelo preenchimento da folha.

No verso das declarações vem impresso a definição do que é nascido vivo, nascido morto ou natimorto segundo a Classificação Internacional de Doenças – Revisão 1975. Definições importantes para quem irá preencher a declaração ou qualquer dúvida que o usuário destas informações tenha em relação a diferença entre estes conceitos.

Para o Ministério da Saúde as DNV podem ser preenchidas por médico, membro da equipe de enfermagem da sala de parto ou do berçário, ou por outra pessoa previamente treinada para tal fim. Não é obrigatório a assinatura do médico responsável pelo recém-nascido (BRASIL, MS., 1999).

⁵⁶ Avaliação das condições de vitalidade do RN no 1º e 5º minuto de vida, através dos parâmetros: esforço respiratório, irritabilidade, coloração da pele, batimentos cardíacos e tônus muscular.

No município de Ribeirão Preto, a partir de 21 de janeiro de 1999, através de Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta⁵⁷, ficou estabelecido que as Instituições de Saúde se comprometem a emitir a DNV, contendo todos os campos preenchidos e assinado pelo médico pediatra que recepcionou o RN, sendo que também ficou previsto multa nos casos do não cumprimento deste termo.

"Nas nossas reuniões ainda está tendo muita queixa de preenchimento de DNV, só que agora, nós conseguimos a partir de janeiro agora, a secretaria conseguiu um acordo de cavalheiros nos hospitais e foi baixado uma norma que essa Declaração de Nascido Vivo é de responsabilidade do médico preencher, então vai ser ele responsável, então vai ser legível, com tudo completo, porque senão ele vai ser responsabilizado, e paga até multa. Então é um avanço incrível e foi um avanço maravilhoso que a gente conseguiu aqui em Ribeirão, porque pelo Ministério qualquer pessoa pode fazer isso, porque ele não pode abaixar essa norma onde não tem médico, só que aqui nós temos médico." (ENF7-Nível Central).

"...então nós gostaríamos até de estar fazendo um trabalho para estar buscando se realmente a informação que a gente pega no prontuário é aquela que a gente pega na declaração e se existe a concordância dessa informação." (ENF8-Nível Central)

⁵⁷ Mais detalhes veja: Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta entre Ministério Público do Estado de São Paulo e as Instituições de saúde assinada em 21 de janeiro de 1999, termos 1.1, 1.2, e 1.3.p.3.

Acreditamos que com essa normatização foi possível a garantia da DNV com os campos correspondentes preenchidos, facilitando a obtenção dos dados no seu conjunto e solicitando a complementação quando ausentes ou incorretos, pela Divisão de Informática e Estatística Vital da SMS, no momento da avaliação do impresso.

Por outro lado, é necessária a avaliação deste preenchimento, pois entendemos que só a normatização não é suficiente para garantir qualidade dos dados registrados da DNV.

Estudo com a finalidade de avaliar a qualidade do preenchimento dos campos de registro contidos na Declaração de Nascido Vivo foi realizado no município de Ribeirão Preto como já relatado aqui anteriormente. Trabalho este que contempla a preocupação do entrevistado ENF8 e pode desencadear processos de (re)avaliação mais periódicos.

Na Declaração de Nascido Vivo vem registrado o nº de cadastro do HYGIA, informação importante na localização de dados sobre o RN, evidenciando a articulação do SINASC com outros sistemas de informação, além do cadastro do RN, o agendamento é realizado pelo sistema HYGIA no nível local e hospitalar. Dentro do sistema HYGIA, além de ser realizado o cadastro, agendamento do RN, recentemente, foi implantado o módulo de vacinação que permite registrar as vacinas realizadas e as agendadas, no sentido, de substituir as Fichas Índices Físicas de Vacina que são organizadas em um armário (gavetas) por ordem de data do agendamento e nome de quem recebeu a vacina.

Os entrevistados no nível local apontam a articulação do SINASC com:

- Unidade Básica de Saúde, SINASC e o Hospital;
- DNV articula o RN com a Unidade Básica de Saúde, na área de abrangência através do endereço;
- acolhimento da mãe na Unidade Básica de Saúde através do agendamento no HYGIA;
- o HYGIA se articula com o Projeto Floresce uma Vida para obter dados relativos a presença de convênios dos RN ou a inserção do mesmo no Sistema Único de Saúde;
- finalidade da articulação é entendida como a elaboração de banco de dados único;
- o Programa de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência se articula no controle do tempo decorrido entre o nascimento e a coleta do Exame do Teste do Pezinho;
- o Programa de Saúde da Mulher se articula através dos testes de puericultura com o objetivo do planejamento do Pré-Natal e da Puericultura na Unidade de Saúde;
- o Serviço de Assistência Domiciliar articula a Unidade Básica de Saúde com a comunidade;
- a reunião do Projeto Floresce uma Vida, um espaço de encontro dos usuários da informação em saúde do nível local com os coordenadores de Programas e de Projetos do nível central, promovendo através de discussões a integração destes dois níveis, articulando o Programa de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – Núcleo de Aleitamento Materno – Serviço de Assistência Domiciliar.

Assim, a questão do Serviço de Assistência Domiciliar – SAD da SMS estrutura-se também para visitas domiciliares ao RN através das declarações de nascidos vivos.

"...aliás a nível de comunidade o SAD, o Floresce uma Vida, que estão sempre passando um caso ou outro, a gente vai buscar o problema extra-muro, então a gente tem um contato com a comunidade muito interessante..." (G2-Nível Local - Unidade D).

"...por exemplo, o Teste do Pezinho: a gente tem reunião mensal que é dado retorno do número de crianças recém-nascidas, 98% foram colhidas, as que não foram colhidas a gente sabe que foi colhido no hospital, tem um feedback." (G5-Nível Local - Unidade B).

"...o Serviço de Assistência Domiciliar tem procurado se integrar, estão tentando elaborar um banco de dados único para as nossas informações, tem participado das reuniões mensais com o nível local, tem tentado participar de todas as reuniões os mesmos coordenadores, então o Floresce uma Vida tem ido em toda reunião do Teste do Pezinho, o NALMA vai em toda reunião do Pezinho e do Floresce, então o pessoal tem tentado produzir o registro, unificar esse banco de dados, o SAD já priorizou o Floresce uma Vida e as informações vão na mesma planilha." (ENF4-Nível Local - Unidade E).

Assim, das situações observadas há um controle da demanda colocada pela disponibilidade de viatura para proceder às visitas domiciliares aos RN. Na realidade a organização do serviço conta com

uma viatura, uma ou duas vezes na semana, que tem a finalidade de levar os trabalhadores da Unidade escalados para visita domiciliar para o RN, a partir dos agendamentos realizados.

Cabe salientar, que o SINASC acaba articulando-se no nível local com vários programas da SMS, ou seja, o Projeto Floresce uma Vida - FUV, o Serviço de Assistência Domiciliar - SAD, Programa de Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência – Teste do Pezinho, Núcleo de Aleitamento Materno - NALMA, Programa de Saúde da Mulher, desencadeando ações e intervenções instrumentalizadas pelas informações contidas nesse sistema.

Trazer esta evidência, ajuda-nos a compreender melhor a finalidade deste sistema que vem apoiando e instrumentalizando o seguimento ao RN, proporcionando informações para o nível local que podem ser articuladas no sentido de entender tudo isto não como mais uma tarefa, e sim como uma atividade integralizadora que tem por finalidade produzir saúde, ou seja:

“(...) valoriza-se cada vez mais a realização de procedimentos – deificação dos meios – e verifica-se cada vez menos se a mobilização desses meios produziu ou não saúde, se redundou ou não em reabilitação, em reparação ou em prevenção de danos e se isso se efetivou com o menor custo e com a menor imposição de sofrimento e de desconforto às pessoas” (CAMPOS, 1997a, p.252).

Parece que as informações sobre os nascidos vivos que chegam do nível central da SMS para o nível local, através da produção de demanda da DNV, determina uma certa característica às visitas

domiciliares realizadas, ou seja, no momento de planejar as visitas domiciliares os RN são priorizados em relação aos pacientes acamados.

No sentido de ajudar a esclarecer melhor esta relação da utilização da informação para os diferentes trabalhadores (usuários da informação) em seus diferentes níveis, fizemos observações em reuniões do coordenador do SAD com os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde e Distritais de Saúde da rede que estavam naquele momento representando o Serviço de Assistência Domiciliar.

Procedemos também observando nas reuniões do Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência – Teste do Pezinho com a mesma finalidade e constatamos as articulações relatadas pelos entrevistados.

Alguns problemas com as informações sobre o RN foram detectadas em reunião mensal do Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência – Teste do Pezinho, em que comparecem enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem das Unidades e os coordenadores dos programas. Na referida reunião foram discutidos alguns aspectos:

- necessidade do correto preenchimento do campo da DNV, principalmente o endereço onde se encontra a mãe e o RN;
- dificuldade de viatura para visita domiciliar;
- cobrança da coordenação para o envio dos relatórios e planilhas do programa;
- viabilizar os dados no Sistema HYGIA, evitando a duplicação de registros sobre o RN, proporcionando relatórios com dados mais fidedignos;
- busca ativa de RN através do Teste do Pezinho;

- comparação entre os relatórios do Teste do Pezinho com o SINASC;
- troca de informação sobre a localização do RN, pela identificação do endereço na área de abrangência da Unidade de Saúde;
- rotinas de coleta do Teste do Pezinho – técnica de coleta, cuidados no transporte do material.

Observamos que o momento desta reunião torna-se um espaço de *feedback* entre os processadores da informação do SINASC, nível central da Secretaria Municipal da Saúde e equipe de enfermagem que realiza a coleta do Exame do Teste do Pezinho. Na referida reunião são apresentados os dados do relatório e discutidos os resultados obtidos, ocasião em que as pessoas presentes discutem os principais problemas relacionados à busca ativa do RN, a técnica da coleta do exame, a mudança de endereço da mãe, a qualidade do preenchimento dos campos da declaração, a produção da informação sobre o registro do atendimento e as ações assistenciais envolvidas.

" ... outra estatística, idade média de coleta, por mês e por posto de coleta ... com isto eu faço uma disputa entre eles. Olha quem está em primeiro lugar! .. ou seja, uma média melhor, aí eu entrego para eles e eles ficam todos orgulhosos... .. eu dou o retorno para eles, chegam na reunião, mostro para eles, olhem como vocês estão. Eles levam para a Unidade, para mostrar." (M4-Nível Central)

Espaços de discussão no nível local, articulado com os outros níveis, sobre a finalidade de coleta, registro, utilização e disseminação dos dados são necessários. Detectamos durante nossas observações nas

Unidades básicas, que os usuários da informação do SINASC, no cotidiano de seu trabalho algumas vezes não têm clareza da finalidade dos registros e articulações com os programas.

Em uma das observações realizadas foi comentado que:

"É tanta coisa para preencher que acaba ficando coisa sem fazer." (ENF2-Unidade B).

Outras limitações foram abordadas pelos entrevistados que identificam:

- duplicação de informação na planilha Floresce uma Vida;
- a produção do HYGIA não confere com os dados da planilha do Teste do Pezinho;
- duplicação de cadastro do RN no HYGIA;
- a DNV tem recursos para facilitar a programação, mas há dificuldade no preenchimento da planilha mensal;
- no Projeto Floresce uma Vida há falta de retorno das informações para a Unidade, há ausência de clareza dos objetivos dessas informações e também dificuldade em obter os dados nos levantamentos, quando necessário.

Em reunião do Programa de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência da SMS com os usuários da informação em saúde das Unidades Básicas, foi distribuído um quadro comparativo de coletas do Exame do Teste do Pezinho, contendo dados do relatório mensal enviado ao referido programa e as informações disponíveis no Sistema HYGIA.

Este quadro é elaborado mensalmente por Unidade Básica e tem por finalidade analisar a possibilidade de eliminar os relatórios mensais que as Unidades Básicas enviam para o programa, mantendo a informação contida no HYGIA.

Pudemos observar que não há concordância entre a quantidade de coleta de Exame do Teste do Pezinho registrada no HYGIA com as registradas nos relatórios (Relatório Mensal de Coleta do Exame do Pezinho) que são enviados ao programa pela Unidade Básica. O que reforça as limitações levantadas pelos entrevistados.

A cobertura do Exame do Pezinho também foi abordada em reunião do Conselho Municipal de Saúde no dia em que o objetivo foi conhecer o andamento dos programas da SMS. Os dados sobre o Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência da SMS, onde se insere o Exame do Teste do Pezinho, foram distribuídos aos conselheiros em forma de tabelas: prevalência de deficiência por faixa etária para Ribeirão Preto, período 1996 a 1998, coletas do Exame do Teste do Pezinho no município de Ribeirão Preto-1998, por Unidade Básica de Saúde. Um total geral de 8.258 coletas para 8.419 nascidos vivos, cobertura equivalente a 98,1%.

Durante a reunião não houve análise dos dados distribuídos, apenas apresentação do programa e, posteriormente, discussão sobre os problemas relacionados com a compra de aparelhos auditivos em Ribeirão Preto. Discussão esta baseada nas estatísticas de distribuição e avaliação dos aparelhos nos últimos anos pela Secretaria Municipal da Saúde e pela Secretaria Estadual.

Observamos que o debate sobre este tema fortaleceu os conselheiros, instrumentalizando-os no estabelecimento de critérios para licitação de compra destes aparelhos auditivos e tomada de decisão sobre as responsabilidades técnicas e políticas neste processo. Foi também um espaço de acesso para as estatísticas do Exame do Teste do Pezinho.

A maneira como está organizado o modelo de assistência na rede básica, predominantemente voltada para a assistência individual, imprime uma certa característica de utilização dos sistemas de informação. Neste caso, nos parece que o SINASC é um sistema público de informação em saúde que evidencia possibilidades de reverter a lógica deste modelo, trazendo para o nível local informações capazes de sensibilizar os usuários destas informações na organização de prioridades de assistência a este grupo de clientes (RN). Ou seja, o sistema de informação recebe influência e influencia a maneira como é organizada e prestada a assistência à saúde.

O SINASC elabora o banco de dados sobre os nascidos vivos, através dos campos da Declaração de Nascido Vivo, estabelecendo metas relacionadas a uma cobertura de 100% dos nascimentos no município de Ribeirão Preto. O SINASC é um instrumento que desencadeia a busca ativa de RN através do Projeto Floresce uma Vida, do Programa de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência (Exame do Teste do Pezinho) que estão diretamente ligados às ações da Unidade Básica: visita domiciliar, vacina, Teste do Pezinho, primeira consulta, estimulação precoce, seguimento na puericultura, possibilitando a

assistência integral, articulando pessoas, profissionais da saúde entre vários setores de saúde do município: Hospital, UBS, UBDS, Programas, Nível central, coordenação de programas e Departamentos.

3.3. SIVE-RP - O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SMS-RP

3.3.1. CONSTITUIÇÃO FORMAL

A. ESTRUTURA

HISTÓRICO

Durante as décadas de 70 e 80, a responsabilidade pela Vigilância Epidemiológica - VE era dos Centros de Saúde do Estado, mas a coordenação e controle ficavam centralizados no ERSA (Escritório Regional de Saúde – nível estadual).

As discussões sobre a descentralização da VE começaram a partir de 1982, período de reorganização dos serviços de saúde nas Ações Integradas de Saúde, ou seja, o início da construção de uma política que contemplasse a hierarquização, descentralização e acesso universal dos serviços de saúde.

A lei 6229 de 17/07/75, atribuída ao Ministério da Saúde a coordenação de ações para o controle das doenças transmissíveis e as de Vigilância Epidemiológica, sendo que essas últimas foram dispostas na lei 6259 de 31/10/75, com a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SNVE, o qual foi regulamentado pelo decreto 78231 de 12/08/76. Neste sistema foi incorporado um conjunto de doenças considerado de maior relevância sanitária para o país:

“(...) doenças sujeitas ao Regulamento Sanitário Internacional: varíola, febre amarela, peste e cólera; doenças vinculadas ao Programa Nacional de Imunização:

poliomielite, sarampo, tétano, difteria, coqueluche, raiva, febre tifóide e doença meningocócica; doenças controláveis através de ações coordenadas por órgãos específicos do Ministério da Saúde: malária, hanseníase e tuberculose e meningites em geral". (CARVALHO, 1998, p.59)

No nível do estado, a resolução SS nº 37 de 16/09/77 e o decreto nº 24564 de 27/12/85 criam e organizam o Centro de Vigilância Epidemiológica (RIBEIRÃO PRETO, 1989a). Este período é caracterizado pela divisão do modelo assistencial médico individual a cargo da Previdência Social e do coletivo através do Ministério da Saúde, encarregado de organizar as ações de caráter coletivo.

Em Ribeirão Preto, a Divisão de Vigilância Epidemiológica é responsável pelas ações de Vigilância Epidemiológica e pelo Programa de Imunização. Foi implantada no final de 1989, a partir da municipalização da saúde, assim como outros serviços da SMS.

Este movimento caracteriza, como novo, o processo de descentralização da Vigilância Epidemiológica, em construção. As atividades anteriores à 1989, estavam ligadas ao nível estadual que juntamente com o Ministério da Saúde tinham a incumbência da provisão, manutenção, normatização das atividades de vacinação e de vigilância epidemiológica. Com o processo de municipalização, o município veio incorporando novas tecnologias na organização deste serviço, novas funções foram assumidas e desempenhadas dentre as quais destaca-se:

*“ compra de equipamentos e sua manutenção;
distribuição dos imunobiológicos e insumos para a atividade de vacinação;*

▢ orientação técnica, supervisão e controle da rede de frio;
▢ contratação e capacitação dos recursos humanos envolvidos;
▢ credenciamento de novos Postos de Vacinação”.
(GONÇALVES et al., 1996, p.81);

▫ orientação técnica e supervisão da vacina na rotina das Unidades de Saúde, em consonância com as normas pré-estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização-PNI”⁵⁸

▫ análise epidemiológica do comportamento das doenças sob Vigilância Epidemiológica no município;

▫ emissão de informes epidemiológicos.

Desta forma, no sentido de avançar na proposta de municipalização, alterações ocorreram, ou seja, algumas Unidades de Saúde agora municipalizadas, começaram a notificar as doenças de sua área de abrangência para a Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS, que por sua vez encaminhava as notificações para o grupo de Vigilância do SUDS-R-50. Este procedimento, anteriormente, era realizado pela equipe do CSE Ipiranga, CS Vila Virgínia e Centro de Saúde Escola - CSE (ligado a Faculdade de Medicina da USP). As Unidades Básicas não realizavam a notificação das doenças uma vez que na SMS não existia a Divisão de Vigilância Epidemiológica. Quem detinha o conhecimento e realizava as ações de notificação compulsória era a equipe de Vigilância Epidemiológica do nível Estadual.

⁵⁸Mais informações sobre o Programa de Imunização em Ribeirão Preto e as políticas de saúde implantadas veja:
GONÇALVES, Maria de Lourdes. O programa de imunização no processo de municipalização da saúde no município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1994. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Com a municipalização da Vigilância Epidemiológica, esta passa, em nível da SMS, a ser responsável pela implantação da notificação de doenças compulsórias nas Unidades de Saúde da rede básica e também pelo retorno das informações para os trabalhadores da saúde que, inicialmente, produziam as informações na sua área de abrangência.⁵⁹ (RIBEIRÃO PRETO, 1989b).

FINALIDADE/OBJETIVO

A Vigilância Epidemiológica na SMS-RP, quando implantada foi definida, no Relatório do Departamento de Vigilância da SMS, como:

“(...) o conjunto de atividades que proporcionam a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo de saúde-doença, com a finalidade de recomendar e adotar oportunamente as medidas indicadas que levem à prevenção e controle da doença” (RIBEIRÃO PRETO, 1996b, p.1).

A Divisão de Vigilância Epidemiológica de Ribeirão Preto está ligada hierarquicamente ao Departamento de Vigilância em Saúde da SMS e este foi criado através da lei complementar 528 de 01/04/96, vindo substituir o anterior Departamento de Higiene e Saúde.

O cronograma da SMS inclui como serviços do novo Departamento de Vigilância em Saúde: a Divisão de Vigilância Epidemiológica, que engloba os Programas de Controle da Hanseníase,

⁵⁹Relatório da SMS sobre reunião realizada no ERSA-50 no dia 01/02/89, que tinha como objetivo discutir a implantação do serviço de Vigilância Epidemiológica na SMS de Ribeirão Preto, inclusive a informação sobre a designação da coordenadora deste serviço pelo Secretário de Saúde da época.

Tuberculose e de Imunização; a Divisão de Controle de Vetores e a Divisão de Vigilância Sanitária. A nova organização hierárquica deste serviço é justificada pelas interligações entre eles, ou seja, o Departamento faz a articulação através de definições de metas e prioridades.

Consta na Lei Orgânica da Saúde 8080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Título II, cap.1, o seguinte entendimento de Vigilância Epidemiológica.

“(...) um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde, individual e coletivo, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 1990a).

Dentre as discussões para a implantação da Vigilância Epidemiológica na SMS, estava incluída a atividade de implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica do Escolar com os seguintes objetivos:

- ┌ implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica Escolar a ser executado em conjunto pelas unidades escolares de Ribeirão Preto assistidas pelo PROASE⁶⁰ e pelas UBS desta cidade;
- ┌ intensificar ações de promoção de saúde e prevenção de doenças transmissíveis.

Como estratégia propunham, além de outras coisas, a implantação de impresso de notificação e outro de consolidação dos dados em nível

⁶⁰ PROASE - Programa de Assistência à Saúde do Escolar da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

escolar, o contato direto com a Vigilância Epidemiológica sobre estas informações, estabelecendo também o Sistema de referência e contra-referência do atendimento ao escolar e das informações.

Neste período as informações de doenças de notificação não-compulsória e de interesse em saúde escolar contemplavam: gastroenterites, conjuntivites, piodermites, hepatite, varicela, caxumba, rubéola e outras doenças com exantema (RIBEIRÃO PRETO, 1989c).

RECURSOS HUMANOS

Atualmente, os agentes de trabalho da Divisão de Vigilância Epidemiológica estão distribuídos no nível central e nas Unidades Básicas e Distritais de Saúde: Simioni, Castelo Branco, Vila Virgínia, Central e CSE Sumarezinho, bem como no NGA conforme Quadro 11.

Quadro 11 - Recursos humanos da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – julho de 1998.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nível Central da SMS	UBDS Simioni	UBDS Castelo Branco	UBDS Vila Virgínia	UBDS Central	CSE Sumarezinho	NGA	Total
Enfermeiras	07	03	01	02	03	02	-	18
Médico sanitarista	02	-	-	-	01	-	01	04
Médico	01	-	-	-	-	-	-	01
Agente administrativo	04	-	-	-	01	-	-	05
Motorista	03	-	-	-	-	-	-	03
Visitadora sanitária	-	01	02	01	01	01	01	07
Fiscal	01	-	-	-	-	-	-	01
TOTAL	18	04	03	03	06	03	02	39

Fonte: Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS-RP

A maior concentração de recursos humanos no nível central da SMS pode ser explicada pela centralização das ações de coordenação dos diversos agravos neste nível, bem como as ações de vacinação no município.

É importante ressaltar que neste quadro de recursos humanos há diversidade em relação à carga horária semanal cumprida pelos trabalhadores, bem como os cargos e funções exercidos. O chefe, os coordenadores de programas e os plantonistas estão incluídos no quadro.

RECURSOS MATERIAIS

Atualmente, a Vigilância Epidemiológica (VE) no nível central conta com 04 microcomputadores e 04 impressoras. Em nível distrital temos um total de 05 microcomputadores e 05 impressoras distribuídos igualmente entre as cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde.

Com o objetivo de melhorar o funcionamento do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica, racionalizando o processo de coleta e transferência de dados do nível local até o nacional, um novo instrumento de trabalho, o SINAN – Sistema de informação de Agravos de Notificação⁶¹, está sendo implantado em Ribeirão Preto e no estado de São Paulo. Em Ribeirão Preto, a partir de 1998, foi implantado, enquanto teste, com a proposta de um fluxo de dados para garantir a integridade e permitir o avanço no sistema de Vigilância Epidemiológica. O formulário de entrada de dados constitui-se de duas partes, uma Ficha Individual de Notificação e uma Ficha Individual de Investigação, sendo a impressão e

⁶¹ As informações sobre o SINAN foram extraídas da instrução SINAN/CVE nº 01/98.

distribuição do formulário de responsabilidade do estado e município.

Segundo CARVALHO (1998) o SINAN, a partir de 1992, passou a ser pensado em nível nacional com base no sistema de informações desenvolvido para processar os dados sobre a cólera durante a epidemia que assolou o país entre 1990 a 1994 e foi oficialmente implantado em 1993 em todo o território nacional nas Secretarias Estaduais de Saúde. Seu teste piloto foi realizado em quatro municípios do Estado de Pernambuco e em Curitiba.

A mesma autora analisa que a implantação deste sistema vem ocorrendo de forma lenta e que isto não é apenas pela carência de recursos financeiros, mas também devido ao desinteresse de alguns gestores federais do sistema, ou seja, devido a descontinuidade administrativa da Fundação Nacional de Saúde.

A ficha de notificação continua sendo preenchida conforme já mencionado e, com o SINAN, passa a ser pré numerada, obedecendo uma seqüência numérica única que é atribuída a cada caso.

Os campos chaves são: número de codificação, código de atendimento do caso, sendo que o sistema não permite a existência de dois casos de agravo com o mesmo número de codificação no mesmo município.

Quanto ao fluxo das informações, este continua como exposto na figura 7 (p.185), até que a consolidação da implantação do SINAN seja concretizada.

Paralelamente, continua sendo utilizado as fichas SVE3 através do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - SIVE, implantado no

nível do município, a partir de 1991, o qual foi desenvolvido juntamente com o Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, a Secretaria Municipal da Saúde e a Divisão Regional de Saúde – DIR XVIII. Neste programa são digitados nome, endereço, idade, sexo, município de residência, subsetor de Ribeirão Preto e a doença suspeita, através da ficha SVE3.

Dois aspectos encontrados no início da implantação do SINAN dizem respeito à dificuldade na alimentação deste banco de dados e, como positivo, à possibilidade de manter a periodicidade dos Boletins relativos aos dados contidos na ficha epidemiológica e o *feedback* com os níveis envolvidos na vigilância dos casos e dos agravos à saúde.

CARVALHO (1998) destaca que apenas os estados do Ceará, Pernambuco, Paraná, Santa Catarina, Distrito Federal, Alagoas, Amazonas, Goiás, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Tocantins vêm notificando todos os agravos através do SINAN, mas que o SINAN/AIDS está efetivamente implantado em todo território nacional e ainda que as notificações de sarampo vêm sendo sistematicamente exportadas para o banco do SINAN no nível federal. Devido a lógica segmentada da área de vigilância, para esta autora, o SINAN tornou-se um agrupamento de vários sistemas, ou seja, o dado passa a ser usado essencialmente para acompanhamento operacional, controle e documentação visto que há uma equipe para cada doença.

B. PROCESSO

FUNCIONAMENTO

As atividades e competências da Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS são:

“NÍVEL CENTRAL

- ▣ coordenação das ações de Vigilância Epidemiológica ao nível municipal;*
- ▣ análise da ocorrência das doenças de notificação compulsória e as de interesse do município;*
- ▣ controle e análise da cobertura vacinal;*
- ▣ controle e análise da situação vacinal das crianças de creches, pré-escolas e escolas de 1º Grau;*
- ▣ planejamento e coordenação de campanhas nacionais e/ou estaduais de vacinação ao nível municipal;*
- ▣ propor e coordenar inquéritos epidemiológicos, quando analisado sua necessidade;*
- ▣ participar no planejamento geral da Secretaria Municipal da Saúde, mais especificamente no que diz respeito à Vigilância Epidemiológica;*
- ▣ detectar precocemente a ocorrência de surtos e ou epidemias, propor e coordenar as medidas de controle;*
- ▣ programação, execução e avaliação de treinamentos em Vigilância Epidemiológica e Vacinação;*
- ▣ divulgação dos dados epidemiológicos de cobertura vacinal, através de Boletins Epidemiológicos, Informes Técnicos, etc;*
- ▣ controle, armazenamento e distribuição de todos os imunobiológicos e insumos para vacinas para os Serviços de Saúde de Ribeirão Preto⁶²;*
- ▣ informatização das notificações recebidas pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE);*

⁶² O controle, armazenamento e distribuição de imunobiológicos e de insumos para vacinas ocorrem somente para os Serviços Públicos de Saúde de Ribeirão Preto.

▣ informatização das fichas de Investigação Epidemiológica de AIDS;

▣ supervisão aos Distritos de Vigilância Epidemiológica;

▣ supervisão e assessoria às atividades de controle e prevenção de doenças transmissíveis em escolas, realizadas pelo PROASE;

▣ acompanhamento das atividades dos Programas de Hanseníase, Tuberculose e AIDS;

▣ trabalho integrado com o Serviço de Vigilância Sanitária, Controle de Vetores, Divisão Veterinária e PROASE;

▣ assessoria em ações educativas, prevenção e controle das doenças transmissíveis para equipamentos das Secretarias Municipal e Estadual da Educação e Secretaria Municipal do Bem Estar Social.

NÍVEL DISTRITAL (...)

▣ Recebimento das notificações de doenças dos hospitais, UBS, consultórios particulares, laboratórios, SVO, escolas e creches;

▣ acompanhamento de rotina da ocorrência das doenças de notificação compulsória e de interesse do município, assim como dos agravos inusitados da saúde da sua área de abrangência;

▣ desenvolvimento das ações de Vigilância Epidemiológica, ou seja, busca ativa de casos, investigação de todos os casos notificados através de desenvolvimento das medidas de controle específicas. Ex: quimioprofilaxia, vacinação de bloqueio, etc...

▣ acompanhamento da cobertura vacinal;

▣ propor e desenvolver intensificações de vacina em bolsões de baixa cobertura;

▣ orientação técnica na área de ações de Vigilância Epidemiológica e vacinação para os profissionais da UBS, hospitais, escolas, creches, etc.

▣ divulgação da ocorrência das doenças para os serviços de saúde, escolas e creches da área, assim

como para toda a população através de impressos, palestras ou reuniões específicas;

☐ trabalho integrado com os outros programas desenvolvidos no Distrito de Saúde” (RIBEIRÃO PRETO, 1996b, p.1-2).

No relatório final do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, alguns grupos de trabalho, baseados no documento **“Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS)”**, propuseram os objetivos de cada nível do sistema (federal, estadual e municipal), dentro da Temática “Descentralização das ações e atividades da Vigilância Epidemiológica” atribuindo ao nível municipal:

☐ realizar análises, estudos e pesquisas epidemiológicas para identificação de determinantes, grupos e fatores de risco neste âmbito;

☐ participar na formulação de políticas, planos e programas de saúde e na organização da prestação de serviços no âmbito municipal;

☐ propiciar assessoria e orientação técnica aos níveis distritais e locais para o controle de doenças e agravos à saúde;

☐ executar as ações de controle no âmbito municipal;

☐ normatizar as ações no âmbito municipal;

☐ divulgar informações epidemiológicas para a formação de consciência sanitária e para o controle social das políticas, planos, programas e ações de saúde;

☐ promover educação continuada dos recursos humanos e o intercâmbio técnico-científico com instituições de ensino, pesquisa e assessoria;

☐ implementar de forma complementar programas especiais formulados no âmbito estadual” (BRASIL, MS., 1992, p.15).

- o que corrobora com as atribuições estabelecidas ao município de Ribeirão Preto no nível central da Vigilância Epidemiológica da Secretaria

Municipal da Saúde.

A Vigilância Epidemiológica-RP trabalha com notificações por telefone (as ações de conduta imediata e controle), notificação de casos confirmados e notificação internacional.

O fluxo de informação dos casos de doença de notificação organiza-se do nível local (menor complexidade) até o central, passando pelo distrital conforme esquema abaixo:

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Figura 7 - Fluxo de informações das fichas das doenças de notificação compulsória

Os agentes de trabalho no nível central realizam análise dos dados, coordenação das ações de vigilância, controle das ações dos

distritos e fazem o acompanhamento do número de casos por área de abrangência. Os do nível distrital executam ações de vigilância (visitas domiciliares), preenchem os boletins dos casos de notificação e os encaminham ao nível central.

As ações de vigilância dependem do tipo de doenças notificadas e incluem bloqueio imediato (nos casos de rubéola, meningite meningocócica) e antibioticoterapia. Nos casos de dengue os agentes do nível distrital fazem visita domiciliar articulada com o controle de vetores no sentido de combate aos focos do *Aedes aegypti*. Quanto aos casos de raiva animal a articulação desenvolve-se com a divisão veterinária, fazendo bloqueios e capturas de animais.

O registro da doença é feito através de impresso ou por telefone. Quando ocorre um caso de doença de notificação compulsória na UBS é preenchido o SVE1 e SVE2 (o registro que permanece na unidade). O SVE1 é recolhido todas às segundas-feiras e levado para a vigilância epidemiológica do distrito, onde é agregado aos SVE1 das outras UBS pertencentes ao distrito em outro impresso; o SVE3 é enviado a vigilância epidemiológica central até a quarta-feira de cada semana. Quando os SVE3 chegam na vigilância epidemiológica central, os dados contidos nestes são passados para os banco de dados e é efetuado um condensado por todas as vigilâncias epidemiológicas distritais. Este condensado é feito em três vias e contém todos os casos que foram notificados no município de Ribeirão Preto em uma semana epidemiológica. Uma via do condensado permanece na Vigilância Epidemiológica Central e as outras duas vias são encaminhadas para a

DIR XVIII, ficando esta com uma via e enviando outra juntamente com condensado de outros municípios pertencentes a sua área para a Central de Vigilância Epidemiológica no nível estadual, que analisam a situação do estado como um todo.

As doenças de notificação imediata referentes aos hospitais do município de Ribeirão Preto são notificadas, por telefone, para a Divisão de Vigilância Epidemiológica Central. Uma médica sanitarista da Vigilância Epidemiológica do nível central da Secretaria Municipal de Saúde passa nesses hospitais, procedendo o preenchimento da ficha epidemiológica. Quando a doença a ser notificada não é de notificação imediata, semanalmente, essas fichas de notificação são recolhidas pela mesma médica sanitarista.

Em específico o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP trabalha integrado com o nível central da Secretaria Municipal da Saúde, a medida que faz todas as notificações de doenças e de agravos à saúde. Este hospital conta com um serviço de Vigilância Epidemiológica que comunica ao município, por telefone, os casos de notificação imediata.

Existem notificações de determinadas doenças que apresentam registros específicos, como por exemplo os casos de dengue e raiva, que contemplam campos de interesse para o acompanhamento, escolha da conduta e controle.

As principais doenças de notificação compulsória e as de interesse para o município são:

Doenças de Notificação Compulsória

┌ Acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho;	┌ Poliomielite*;
	┌ Raiva humana*;
┌ Acidentes por animal peçonhento;	┌ Reações e complicações vacinais*;
┌ Aids**;	┌ Rubéola*;
┌ Cólera*;	┌ Síndrome da rubéola congênita*;
┌ Dengue*;	┌ Sarampo*;
┌ Difteria*;	┌ Sífilis congênita;
┌ Doenças de Chagas (forma aguda);	┌ Tétano neonatal e acidental;
┌ Doenças Meningocócica e por <i>Haemophilus</i> ;	┌ Tracoma
┌ Outras meningites;	┌ Tuberculose**;
┌ Encefalite por Arbovírus;	┌ Neurocisticercose**;
┌ Esquistossomose**;	┌ Varíola*;
┌ Febre Amarela*;	┌ Surtos de qualquer etiologia*;
┌ Febre Purpúrica do Brasil*,	

Doenças de interesse para o município

┌ Hanseníase (após início do tratamento) **;	┌ Conjuntivite;
┌ Hepatite;	┌ Varicela;
┌ Leishmaniose cutâneo-mucosa;	┌ Parotidite;
┌ Leishmaniose visceral;	┌ Coqueluche*;
┌ Leptospirose;	┌ Escarlatina*;
┌ Peste;	┌ Sífilis;
┌ Paralisias e paresias agudas e flácidas de qualquer etiologia em menores de 15 anos*;	

* É feita a notificação imediata por telefone;

** São notificados apenas os casos confirmados.

FONTE: Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria da Saúde do Município de Ribeirão Preto - 1996.

A Vigilância Epidemiológica trabalha com as semanas epidemiológicas divulgadas pelo diário oficial todo início de ano, onde todas as semanas do ano são numeradas, sendo que estas tem início no domingo

e terminam no sábado. No ano de 1996 tivemos 52 semanas epidemiológicas e para o ano de 1997 tivemos 53 semanas.

C. RESULTADOS (SAÍDAS)

Em 1991, foi iniciado um processo de informatização da Divisão de Vigilância Epidemiológica através de um programa de computador (SIVE – Sistema Informatizado de Vigilância Epidemiológica), desenvolvido pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Participaram deste processo a Divisão de Vigilância Epidemiológica SMS-RP e a DIRXVIII. Conforme consta no Relatório do Departamento de Vigilância em Saúde (1993-1996) este programa previa duas fases em seu projeto: 1) programa de notificações já implantado e 2) informatização das fichas epidemiológicas, sendo que a fase de informatização não pode ser completada pela dificuldade de recursos humanos no Departamento de Medicina Social.

Os relatórios produzidos pela vigilância epidemiológica referem-se a:

- ┌ boletins de cobertura vacinal por semestre do ano;
- ┌ taxa de abandono por UBS das vacinas Sabin e DPT;
- ┌ relação de casos de tétano, difteria e coqueluche (dados gerais para o município de Ribeirão Preto, trazendo como fonte as fichas epidemiológicas);
- ┌ relação de casos de tétano ocorridos no município, segundo faixa etária nos anos de 1991 a 1996 (fonte fichas epidemiológicas);
- ┌ boletins de cobertura vacinal para o município e por distrito (pólio, DPT, BCG e sarampo para menores de um ano, Tríplice Viral para os

de 1 a 2 anos e dupla adulto para gestantes (sendo a fonte os boletins mensais de vacinas);

┌ cobertura vacinal por UBS nos meses do ano para pólio, DPT, sarampo, SCR, BCG e dT em gestantes;

┌ médias de vacinas aplicadas nas UBS da rede básica de saúde por semestre.

┌ Casos Suspeitos de Doenças de Notificação Compulsória e de Interesse ao Município, notificados à Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, por tipo de doença do período de 1991 a 1995.

┌ relatórios de doenças notificadas e ocorridas emitidos no ano de 1996 do nível Distrital para os gerentes das UBS com periodicidade trimestral.

┌ Distribuição do número de notificações por fonte notificadora no segundo trimestre do ano de 1996 - Vigilância Epidemiológica - Distrito Central.

┌ Distribuição do número de doenças notificadas no segundo trimestre do ano de 1996 - Vigilância Epidemiológica - Distrito Central.

┌ Distribuição do número de doenças notificadas, por fonte notificadora, no mês de abril, maio e junho de 1996 - Vigilância Epidemiológica - Distrito Central (tabelas separadas por mês)

┌ Distribuição do número de casos suspeitos no segundo trimestre do ano de 1996, por fonte notificadora - Vigilância Epidemiológica - Distrito Central.

] Distribuição do número de casos de dengue confirmados no segundo trimestre do ano de 1996, por fonte notificadora - Vigilância Epidemiológica - Distrito Central.

] Número de casos suspeitos e confirmados de dengue no segundo trimestre do ano de 1996, por fonte notificadora - Vigilância Epidemiológica - Distrito Central.

] Distribuição do número de casos de dengue notificados no segundo trimestre do ano de 1996, por bairros de Ribeirão Preto e outros município - Vigilância Epidemiológica - Distrito Central.

] Relatório de notificações de doenças transmissíveis do mês de outubro de 1996, por UBS notificadora.

] Relatórios de notificações de doenças transmissíveis do mês de outubro de 1996, por endereço do paciente.

] Boletim Epidemiológico da Vigilância Epidemiológica - UBDS Vila Virgínia, consolidado do ano de 1996.

] Boletim Informativo de Notificações de Doenças Recebidas pela Vigilância Epidemiológica - CSE - RP, de junho a setembro de 1996 (tabelas separadas por mês)

Dentre outros relatórios produzidos pela Divisão de Vigilância Epidemiológica temos relatórios que demonstram o aumento do número de notificações compulsórias.⁶³

⁶³Todos os relatórios estão contidos no Relatório Geral do Departamento de Vigilância em Saúde da SMS-RP do ano de 1993 a 1996.

O fluxo de informações relativos às doenças de notificação possibilita a construção do banco de dados deste serviço, trazendo o número acumulado de doenças notificadas e por semanas epidemiológicas do determinado ano.

Em relação a avaliação da situação vacinal de crianças e adolescentes de creches e escolas públicas de Ribeirão Preto, primeiro semestre de 1994, produzidas pelo PROASE (Programa de Assistência Primária de Saúde Escolar) e Secretaria do Bem Estar Social temos:

┌ Apresentação da fotocópia de vacinação, por crianças de escolas e creches de Ribeirão Preto, segundo a série que cursam, fevereiro - julho de 1994 e fevereiro - julho de 1995.

┌ Situação quanto a atualização vacinal de crianças de escolas e creches de Ribeirão Preto, segundo a série que cursam, fevereiro a junho, 1994 e fevereiro a junho 1995.

┌ Encaminhamentos de crianças e adolescentes de escolas e creches de Ribeirão Preto, com vacinação atrasada para as unidades de saúde, segundo a série que cursam, fevereiro a julho de 1994.

┌ Atualização da situação vacinal de crianças e adolescentes de escola e creches de Ribeirão Preto, com vacinação atrasada, segundo a série que cursam, fevereiro a julho de 1994 e fevereiro a julho de 1995.

E outros produzidos pelo PROASE:

┌ Distribuição das notificações escolares, no período de janeiro a outubro de 1996, segundo Distrito de Vigilância Epidemiológica, no município de Ribeirão Preto.

└ Contribuição do SVE - Escolar às notificações recebidas pelo SVE - municipal, Ribeirão Preto, no ano de 1993.

└ Doenças notificadas pela Divisão de Vigilância Epidemiológica Escolar no ano de 1993, segundo o mês.

└ Doenças notificadas pelo SVE - Escolar, durante o ano de 1995.

Em relação às atividades produzidas pela Divisão de Controle de Vetores de 1993/1996:

└ Atividades da Divisão de Controle de Vetores no período 1993-1996.

└ Número de inspeções em residências e volume de material insensível coletado para controle de *Aedes aegypti*, 1993 - 1996.

└ Coeficiente (casos/100.000 hab.) de dengue em Ribeirão Preto, 1990-1996.

└ Casos de dengue notificados e confirmados no município de Ribeirão Preto, no período de 1990 - 1996.

3.3.2. INSTRUMENTALIZAÇÃO DO AGIR EM SAÚDE: TOMADA DE DECISÃO

O SIVE-RP foi criado no município de Ribeirão Preto para responder a uma necessidade presente, qual seja, uma epidemia de Dengue na região. Atualmente, o que observamos é um incremento da utilização e focalização do SIVE para as notificações da Dengue, através de fluxos de informações mais ágeis, medidas de intervenções coletivas que acionam outros programas como o SAD – Serviço de Assistência Domiciliar, o Pronto Atendimento nas Unidades e mobilizam recursos materiais, financeiros e humanos.

"...não precisa nem ver nos boletins da Vigilância para saber que aqui por perto está tendo casos de dengue, a gente tem trabalhado mais em cima da dengue nem por mérito do posto, mais por uma questão de cobrança e eles estão dando condições, estamos fazendo eventos (G2 - Nível Local - Unidade D)"

"...o resultado do exame de dengue a enfermeira da Vigilância Epidemiológica passa para nós e nós vamos por exemplo atrás do paciente, vamos tentar localizá-lo e chamar de volta para a gente novamente fazer uma avaliação." (G4 - Nível local Unidade E)

"A Vigilância da UBDS faz visita nos casos de suspeita de um bloqueio ela tem os agentes de saúde para isto." (G1 - Nível Local - Unidade B)

"... existe as estratégias para dengue eu não sabia que o índice de Breteau⁶⁴ estava alto, foi passado pela vigilância, para mim não tinha tantos casos de dengue, era uma questão de mobilizar para fazer a campanha e foi o que nós acabamos fazendo por duas vezes aqui na região." (G 4- Nível Local - Unidade E)

Durante nossa observação na unidade Distrital o SIVE instrumentalizou ações de visita domiciliar com a finalidade de preenchimento de dados da Ficha Epidemiológica (Ficha Individual de Notificação e Ficha Individual de Investigação) e seguimento para ações

de controle de orientação e ações educativas sobre dengue em equipamentos sociais.

Através das notificações de dengue, o fluxo das informações agiliza a articulação da Divisão de Vigilância Epidemiológica com a Divisão de Controle de Vetores, a qual vai ao domicílio verificar a existência de criadouros e realizar o arrastão com a finalidade de erradicar o mosquito.

A Unidade Básica notifica os casos e passa a informação por telefone e por malote ao Distrito, caracterizando um fluxo ascendente, pois o Distrito encaminha de forma condensada, por disquete, as informações para a Divisão Epidemiológica do nível central da SMS. Quando o caso é grave o Distrito entra em contato com a Unidade, passando informação sobre o caso.

O diagnóstico da situação epidemiológica da área de abrangência da Distrital é realizado e analisado pela enfermeira da Vigilância Epidemiológica do Distrito.

Na UBDS o fluxo das notificações segue o mesmo caminho, como o de uma UBS, centralizando as ações instrumentalizadas pelas notificações nos trabalhadores da Vigilância Epidemiológica do Distrito.

"Não ficamos sabendo se o caso foi ou não confirmando e o que produzimos fica no setor de Vigilância Epidemiológica do Distrito. Não sabemos sobre estas doenças para nossa área... aqui nós fazemos a notificação

⁶⁴ Índice de Breteau (IB): corresponde ao número de recipientes com presença de larvas de *Aedes aegypti* em 100 imóveis pesquisados. É um indicador adotado no Estado de São Paulo para avaliação da densidade larvária. Mais informações sobre este assunto veja: <http://www.sucen.sp.gov.br/>

de doenças e colhemos o material para sorologia, depois encaminhamos o SVE1 para o nosso setor de Vigilância Epidemiológica". (ENF 3 - Nível Local - Unidade A)

Assim, entendemos que a UBS é a produtora da informação, mas não se utiliza das mesmas no diagnóstico de sua área de abrangência, estas ficam centralizadas na Vigilância Epidemiológica do Distrito.

Trazer estes aspectos de articulação através do fluxo da informação do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica nos ajuda a pensar sobre a integralidade da assistência e da informação no nível local, que ao nosso ver se apresenta fragmentada ao produzir a informação sobre as ocorrências de doenças de notificação, mas não utilizando-as na tomada de decisão para reorganizar o serviço ou intervir no processo saúde-doença.

"...as notificações normalmente são realizadas na sala de pré e pós-consulta, mas quando é, por exemplo, uma dengue ou rubéola, isto é drenado para enfermeira que já entra em contato com a Vigilância Epidemiológica do Distrito. Quando há algum problema no período noturno, em relação a notificação, o enfermeiro bipa a Vigilância Epidemiológica..". (ENF1 - Nível Local - Unidade F)

"...a gente executa uma tarefa, não somos fim, somos meio, a gente pega o paciente com a doença se instalando, a gente faz a notificação e manda para a Vigilância Epidemiológica do Distrito." (G2 - Nível Local - Unidade D)

Outras falas também apresentam esta inquietação

"...parece que a Vigilância se concentra lá para eles, então o que é que acontece, as vezes eles mandam de 3 em 3 meses, de 2 em 2 meses, as vezes uma vez por mês um calhamaço de coisa do que está acontecendo no município e a gente se interessa mais no que está acontecendo na nossa Distrital passamos uma caneta destacando quantas suspeitas de dengue foram notificadas ... Mas a gente não tem um trabalho em cima destes dados mesmo porque não aconteceram coisas, a pesquisa de sintomático respiratório faz um tempão que não tem mais casos, que a gente tinha percebido... em contra partida não cobram de nós algum caso que apareceu em outro lugar." (G2 - Nível Local - Unidade D)

"...a enfermeira da Distrital retorna a informação para nós, olha na sua região: tem tantos casos de dengue, mas a gente não estava sabendo disto, então ela manda este retorno este diagnóstico que é feito muito mais lá do que aqui." (G4 - nível Local - Unidade E)

"...na vigilância epidemiológica do distrito, a enfermeira faz tudo, passa para mim o que está acontecendo, é um comodismo meu, porque eu poderia me inteirar mais, mas eu entro às 7 horas da manhã e é um pepino atrás do outro, e você vai esquecendo e não dá tempo." (G3 - Nível Local - Unidade A)

A Vigilância Epidemiológica da Unidade Distrital também estabelece articulação com as Unidades Básicas de sua área de abrangência através de reuniões com os gerentes das Unidade Básicas e

por telefone. Assim, a função da Unidade Básica é a de coletar e fazer a transferência de informação para o nível imediatamente superior, no caso, a Vigilância Epidemiológica do Distrito, sem a preocupação de adoção de medidas de controle. Pensamos que isto seja devido às normas estabelecidas e insuficiência de conhecimento técnico-administrativo específico nesta área, o que de certa forma possibilita um desinteresse dos trabalhadores da Unidade. Outro aspecto está relacionado na lógica de organização do modelo no nível local o do Pronto Atendimento que privilegia as ações individuais e curativas em detrimento das ações de promoção e prevenção, ou seja, se a finalidade não é operar na mudança de modelo, através dos estranhamentos e detecção de falhas e ruídos no cotidiano do trabalho, não faz sentido o uso destas informações.

O SIVE possibilita ter informações rápidas, de modo oportuno, quando disponibilizadas no sentido de responder aos processos de tomada de decisão para ação.

Ao nosso ver as informações de notificação para a Unidade Básica não passam de meros registros de eventos que seguem um fluxo sistematizado, onde são pouco utilizadas nas intervenções do processo saúde-doença neste nível.

Durante uma das reuniões da Vigilância Epidemiológica do Distrito com os gerentes das Unidades, com a finalidade de passar informes e orientações sobre a vacinação do idoso, observamos que foram discutidos questões burocráticas, voltadas para o controle de fluxo, distribuição de fichas de notificação, reações adversas (fluxos), ficha de anti-rábica,

informações técnicas de local de aplicação da vacina, discussão sobre subutilização do HYGIA no registro de vacina, disciplinar a população na campanha de vacinação dos idosos e na organização do atendimento.

Assim, observamos que a reunião teve um enfoque burocrático em duas direções: uma sobre os registros manuscritos a serem feitos no SINAN e o outro para reunir os registros de notificação e os de vacinas aplicadas no sistema informatizado (HYGIA). Foi reforçada a necessidade de registrar as vacinas aplicadas no HYGIA e chamou-nos atenção a fala do gerente da Unidade C:

"O duro é que fazemos a vacina e depois é que vamos no computador...e aí ficamos sabendo que ele já havia tomado a vacina... isto é sub-utilizado." (G5 -Nível Local - Unidade C)

O gerente está querendo dizer que antes de aplicar a vacina é necessário instrumentalizar-se com os dados contidos no HYGIA sobre a aplicação ou não da vacina.

Ainda duas questões permearam a discussão, uma técnica-operacional quando nas falas estava a explicação do local onde aplicar a vacina, quantidade e via de aplicação e a outra ligada ao acesso da população para vacinação na unidade com estabelecimento dos dias e horários da vacina.

Este conjunto de atividades discutidas na reunião nos fez concluir que para o conjunto das informações há uma idéia fragmentada sobre elas como também da assistência, ineficiência de término de uma discussão para que a informação pudesse fluir e ajudar na resolução de dúvidas, facilitando

a decisão e organização dos sistemas de informação e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde individual e coletiva.

É preciso entender que o processo de descentralização da Vigilância Epidemiológica, como já mencionado, é recente, todas as informações sobre notificações e sobre vacinas ficavam centralizadas no nível estadual e foi só a partir de 1989 que este processo começou a ser desencadeado. Momento este marcado pela municipalização da Vigilância Epidemiológica, que assumiu a responsabilidade das atividades e do conjunto de informações relacionadas ao processo saúde-doença e seus determinantes, das decisões e medidas de intervenção de caráter promocional, preventivo e curativo aos indivíduos e a comunidade através da Secretaria Municipal da Saúde.

Constatamos em nossas observações, entrevistas e levantamento de documentos que as ações e as informações anteriormente desenvolvidas e organizadas pelo nível central, atualmente, estão centralizadas na Unidade Distrital, ou seja, o processo de descentralização de recursos humanos, dos sistemas de informação e das decisões estão concentradas no Distrito com a participação do nível central nas decisões de maior complexidade, nas análises dos dados e coordenação das ações dos distritos e o acompanhamento dos casos na área de abrangência.

Por outro lado, entendemos que o processo de descentralização é gradual não sendo possível descentralizar todas as ações de saúde nas Unidades Básicas, mas um processo de formação dentro do raciocínio epidemiológico torna-se necessário.

Concordamos com CAMPOS (1997b) ao analisar que

“(...) a proposta da saúde coletiva tem sido também muito “OM”, totalizadora. Caberia-lhe simplesmente funcionar como porta de entrada – resolvendo 90% da demanda clínica – e, ao mesmo tempo, executar a maioria das ações de saúde pública. Saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, visitas domiciliares, intervenção sobre a comunidade, prevenção de epidemias e endemias. Sem dúvida, tratou-se de uma exorbitância. Super-trabalhadores primários. E a coisa não tem funcionado (...) entendo que as responsabilidades pela saúde pública deveriam ser divididas entre a rede básica e núcleos de saúde coletiva em cada distrito de saúde. Ou seja, mesmo quando as equipes interviessem diretamente, deveriam ser apoiadas por grupos de sanitaristas. E mais, algumas medidas deveriam estar a cargo destes sanitaristas: vigilância em saúde do trabalhador, por exemplo, ou coordenação de campanhas para controle da dengue, ou investigação de um agravo súbito e inesperado, etc.” (CAMPOS, 1997b, p.123).

Em um estudo recente sobre a Vigilância Epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território, VILLA *et al.* (1999) concluíram que os depoimentos dos entrevistados evidenciaram que o fato da Vigilância Epidemiológica ter sido descentralizada para os Distritos foi um avanço e que a equipe do nível local (UBS) ainda carece de capacitação específica e infraestrutura de trabalho para executar as ações de Vigilância Epidemiológica em seu território. E ainda, que é possível descentralizar algumas ações de Vigilância Epidemiológica com a responsabilidade do nível local, mas que a maioria dos membros da equipe não possui conhecimento e habilidade para agrupar e analisar o dado epidemiológico produzido.

Diante destes aspectos temos também uma fase de transição do sistema de informação da Vigilância Epidemiológica do SIVE para o SINAN, que atualmente se complementam nos diversos grupos de doenças e que, segundo o nível central, vem causando algumas limitações porque:

- a atual versão do SINAN não está aceitando a entrada de dados sobre Aids, o que vem tumultuando o processamento dos dados;
- dificuldade de avaliação do programa de hanseníase devido ao fato dos dados não serem confiáveis;
- SINAN não está respondendo às expectativas da equipe em relação a produção de relatórios desejados;
- treinamento do SINAN oferecido para a equipe de Vigilância Epidemiológica do nível central foi muito rápido e para poucas pessoas;
- conteúdo do treinamento do SINAN foi apenas relativo a como proceder as análises dos dados contidos no banco do SINAN.
- a equipe de Vigilância Epidemiológica tem pouca experiência de informática, tornando-se um fator limitante para proceder análise dos dados.

Podemos observar que o conjunto de limitações relacionadas ao SINAN estão presentes na fala dos trabalhadores do nível central em grau acentuado, pois eles ficam encarregados de repassar as orientações sobre estrutura, funcionamento e possibilidades de análise de dados aos trabalhadores do nível distrital que executam o preenchimento da Ficha Epidemiológica e o acompanhamento dos casos na sua área de abrangência

"...a gente está começando a fazer análise pelo computador. No ano passado a gente analisava manualmente e digitava a ficha, agora o computador está

sendo alimentado semanalmente, está começando a sair análise manual para começar uma análise pelo computador, a gente faz muita análise manual do que está no computador... a gente ainda não sabe mexer... nós estamos vivenciando este momento de aprender... a gente não sabe, não aprendeu a tirar aquele dado." (M2 - Nível Central)

"As doenças imunopreveníveis são todas processadas pelo SINAN, eu não manuseio o sistema, eu solicito a informação para quem manuseia, e uma coisa que o SINAN poderia estar trabalhando e não está é a questão da Ficha de Complicação Vacinal." (ENF9 - Nível Central)

Estas limitações tornam o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica sub-utilizado na busca de apoio para instrumentalizar a decisão, mas por outro lado entendemos que há esforços no sentido de aperfeiçoar e complementar o que já existe desse sistema para que possa ser usado em todos os níveis da rede municipal. Para minimizar tais situações o nível central sugeriu:

- eliminar os problemas da versão atual do *Software* do SINAN;
- incluir nos módulos do SINAN a ficha de complicação vacinal;
- descentralização das ações e das informações de Vigilância Epidemiológica e
- treinamento dos profissionais das Unidades Básicas em ações e atividades específicas de Vigilância Epidemiológica rumo à descentralização das ações para a UBS.

"O SINAN, uma coisa que ele poderia estar trabalhando e não está, é a questão da complicação vacinal, a ficha de complicação vacinal não entra no SINAN." (ENF9-Nível Central)

"Uma nova versão atrapalha o trabalho que já vinha dando certo, então ainda o SINAN da forma que está, está errado, precisa ser eliminado esses problemas, essas deficiências." (M2-Nível Central)

"... em relação a desenvolvimento das ações a gente tem nossas equipes distritais que de certa forma dão conta no desenvolver das ações. Agora poderia até melhorar a qualidade se a gente conseguisse já acabar centralizando ter em cada unidade um profissional que fosse capacitado a desenvolver as ações tal porque ele estaria naquela comunidade menor e poderia estar fazendo um trabalho, um trabalho vamos dizer assim mais direto com a população, a gente acredita que poderia melhorar a qualidade ... por enquanto só descentralizou a vigilância a nível de distrito, porque a gente acredita que é preciso pessoal qualificado na vigilância epidemiológica, capacitado adequadamente para fazer a investigação, por conta de ter uma qualidade melhor. A gente acredita que descentralizar sem ter lá na ponta, na unidade, um profissional já treinado na investigação, a gente pode levar prejuízo na qualidade do dado, então é por isso que a gente ainda está a nível de distrito, então todos os nossos

profissionais que foram treinados em vigilância epidemiológica se preocupam." (M2-Nível Central)

Como a Unidade Básica de Saúde participava apenas no preenchimento e no envio destas informações aos Distritos, pensamos que esta fase de transição dos sistemas de informação em Vigilância Epidemiológica tenha repercutido de outra forma a medida que as limitações estão direcionadas para:

- a demora no envio por parte do nível central, das planilhas de Vigilância Epidemiológica para o nível local, dificultando a realização de um diagnóstico rápido;
- falta de tempo para leitura dos extensos relatórios;
- não recebimento de um condensado de Vigilância Epidemiológica das doenças de notificação que aconteceram na área de abrangência da Unidade.

E podem ser exemplificadas pelas seguintes falas:

"...suspeita de dengue volta o retorno da sorologia para a Unidade, um condensado da Vigilância Epidemiológica já houve, mas faz bastante tempo que eu não recebo quais são as doenças de notificação que aconteceram na minha área, como está a situação epidemiológica da área... com relação a dengue estava muito alta a incidência, então teve uma iniciativa a nível de Vigilância com a comunidade, inclusive com pessoas da comunidade trabalhando na Unidade para tentar melhorar esta questão do arrastão da limpeza para diminuir o Índice de Breteau..." (ENF4 - Nível Local - Unidade E)

"Às vezes por falta de tempo a gente não lê alguns relatórios grossos que vem da Vigilância Epidemiológica." (G2 - Nível Local - Unidade D)

"Para você fazer um diagnóstico rápido, você tem que ter esse dado rápido, não dá para esperar essas planilhas que o pessoal do nível central manda." (G5 - Nível Local-Unidade C)

"A gente recebe o boletim epidemiológico, que vem com alguns dados ... você vê pelo Distrito e não pela área de abrangência ..." (G5 - Nível Local-Unidade C)

Observamos que outras limitações relatadas pelo nível central estão localizadas na dificuldade de articular o HYGIA com o sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica a medida que o dado sobre diagnóstico não é alimentado no HYGIA.

"Se tivesse informatizado a morbidade ambulatorial a gente recebia com mais facilidade as notificações diariamente pelo HYGIA e diariamente a gente buscaria essas notificações se eventualmente elas não viessem pelo telefone." (M2 - Nível Central)

Quanto às articulações com outros serviços o Sistema de Informação em Vigilância Epidemiológica possibilita decisões na prevenção das doenças através da articulação com as escolas e vacinação; outros Softwares como EPI-INFO também vêm colaborando nas análises e intervenções do Programa de Tuberculose; cruzamento dos dados da Vigilância Epidemiológica com os do SIM, através do

repassa as declarações de óbito confrontados com as doenças de notificação; obtenção de dados demográficos através do SINASC; Boletim Epidemiológico enviado para as unidades; Banco de dados da Vacina (HYGIA) em relação as doenças imunopreveníveis; articulações da Distrital com a UBS através das reuniões periódicas realizadas com os gerentes e Vigilância Epidemiológica.

Podemos também com o SIVE e o SINAN realizar cálculos de indicadores como taxa ou coeficiente de incidência, de prevalência e de letalidade.

Se o HYGIA codificasse os diagnósticos, dentro de uma periodicidade, o cálculo desses indicadores seria facilitado pelo levantamento dos agravos pelo computador confrontados com os de notificação.

O nível local fala da articulação entre o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica com o Sistema HYGIA através da procura de clientes e seus respectivos endereços nos cadastros contidos no HYGIA, e a medida que os casos são atendidos no final de semana um fluxo entre Unidades Básicas passa a ser conformado na procura de dados sobre este cliente, mediado pela Vigilância do Distrito.

"Eu não procuro no HYGIA de jeito nenhum. A única coisa que eu ocupo o HYGIA é para vacina, porque o que tem que ser feito é através da vacina, a pessoa tem que ter o registro na unidade, então a gente ocupa o HYGIA assim, vem uma notificação da unidade eu quero saber onde é o endereço, as vezes está errado, aí eu vou no HYGIA ele dá o endereço correto, isto a gente

usa muito o HYGIA, antigamente até dava para você usar alguma coisa do HYGIA, quando o pessoal passava o atendimento." (ENF5-Nível Local-Unidade A)

Outro aspecto de articulação direcionado ao fluxo tem a ver com os resultados de exames de laboratório colhidos pela UBS, onde o retorno do resultado é avisado pela Vigilância Epidemiológica do Distrito que recebeu a informação do nível central.

"O resultado de exame vem do laboratório, ele vai primeiro para a Distrital, depois vem para a gente, se é positivo a enfermeira da Vigilância Epidemiológica do Distrito passa para a gente, se a gente tem alguma dúvida avisa ela que ela vai atrás, faz visita domiciliar e acompanha o caso mais rápido." (G5-Nível Local-Unidade C)

"A notificação vai semanalmente, toda segunda-feira, tem o motorista da Vigilância Epidemiológica que recolhe todas as notificações de todas as unidades da área e leva para a Vigilância do Distrito." (G5-Nível Local-Unidade C)

Observamos que o fluxo ascendente entre UBS e UBDS só ocorre com o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica, onde as informações de toda área de abrangência do Distrito ficam centralizadas, ou seja, na Distrital onde existe uma Divisão de Vigilância Epidemiológica. Nos outros três sistemas de informação não há um fluxo estabelecido da Unidade com a Distrital.

As intervenções realizadas pelo nível local em relação ao Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica estão mais voltadas para

visita de faltosos da vacina anti-rábica, aspecto este que pudemos observar pela análise direta da ficha rosa desta vacina na Unidade Básica, com anotações de visitas realizadas a clientes faltosos.

"...uma coisa a gente faz muito é a vacinação anti-rábica e a busca dos casos, então a gente fica muito envolvido com isto, quando é reexposição tem que ficar indo atrás para ver se já colheu o exame. Então, como nunca dá um caso positivo há muito tempo, é um trabalho bem intenso em cima de uma questão." (G2-Nível Local-Unidade D).

"A gente acompanha os casos de anti-rábica e encaminha as fichas rosas para a Distrital." (G2-Nível Local - Unidade D)

Na Unidade D observamos a elaboração da Planilha de Sintomático Respiratório.

"Há algum tempo não realizo o encaminhamento desta planilha por não haver casos suspeitos para baciloscopia. Este resultado aqui é o único, foi visto que o marido faleceu com Aids e Tb e que a paciente emagreceu muito e decidiu aceitar colher as amostras ... a planilha já serve para controle ... encaminho para a Distrital via malote." (G2-Nível Local - Unidade D)

O nível central encaminha para as Unidades Básicas, mensalmente, o Informativo Epidemiológico de Ribeirão Preto – IERP – Núcleo de Vigilância Epidemiológica-SMS, e em duas das unidades observadas pudemos constatar a presença do referido informe referente ao ano II, nº 20, agosto 1998. Esse informativo é distribuído mensalmente para as unidades de saúde e é um periódico do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital das

Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, sendo a impressão apoiada pela gráfica do Hospital das Clínicas e a distribuição pelo CREMESP-RP.

O conteúdo do Informativo estava constituído de dados sobre:

1. estratégia de prevenção da hepatite B;
2. tabela com casos confirmados de alguns agravos⁶⁵, segundo mês de notificação e acumulado do ano – Ribeirão Preto 1997 e 1998;
3. tabela com casos confirmados de alguns agravos, segundo Distrito de residência agosto de 1998;
4. informações gerais sobre o sarampo.

Este informe ficou afixado no mural da sala de vacina na maioria das unidades e em outras arquivado em pastas e arquivos. Não presenciamos sua utilização ou análise por parte dos trabalhadores da unidade.

Na Unidade B perguntei ao gerente sobre o Informativo que se encontrava fechado sobre a prateleira do armário da recepção.

"... chegou ontem à tarde, depois faço a leitura e passo para a equipe de trabalho tomar ciência." (G1-Nível Local-Unidade B).

Na Unidade C, o referido Informativo Epidemiológico é entregue pelo gerente ao auxiliar de enfermagem da sala de vacina, que após apreciá-lo, rapidamente, fixa-o no mural desta sala. Não observamos

⁶⁵ AGRAVOS – Aids, meningite meningocócica, meningite por *Haemophilus*, outras meningites, Dengue, Tuberculose, Hanseníase, Hemocisticercose, Hepatite B, Hepatite C, Hepatite não especificada, Acidentes por escorpiões e Acidentes de trânsito.

neste momento diálogo entre o gerente e a auxiliar de enfermagem sobre o conteúdo dos resultados do Informativo.

Observamos, portanto, que há um retorno mensal de dados, através do Informe Epidemiológico, do nível central para o local, mas não ocorreu utilização do mesmo para a tomada de decisão na organização das ações assistenciais de promoção, prevenção e recuperação da saúde individual e coletiva.

Existe um retorno padronizado de divulgação dos dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica do nível central para o local, mas que não faz sentido para o nível local, pois este carece de análise. Ao nosso ver os dados saem das gavetas do nível central para ficarem arquivados nas gavetas do nível local.

O Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica no município de Ribeirão Preto representa a possibilidade de utilização de instrumental da epidemiologia na prática de saúde pública, sendo portanto, fonte de dados sobre a realidade epidemiológica do município, o que possibilita contribuir para avanços na promoção da saúde da população.

No período de implantação deste Sistema de Informação, a Divisão de Informática tentava informatizar os dados de morbidade colhidos nas UBS, através da montagem de um banco de dados. Este boletim de morbidade teria como fonte de dados o atendimento médico, que após seu preenchimento na UBS seria encaminhado para a Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS.

Esta proposta expressou a necessidade de articulação do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da SMS com o Sistema de Informação HYGIA, no sentido de que as informações padronizadas, no nível local possibilitassem a análise destas e emissão de relatórios, tendo como objetivos conhecer a morbidade nas UBS e contribuir para estudos epidemiológicos e para o planejamento das ações de saúde.

Anteriormente, em outro item deste trabalho, assinalamos as dificuldades de articulação deste serviço com o Sistema de Mortalidade, ou seja, dificuldades estas relacionadas com o processo manual de utilização dos dados disponíveis no SIM pelos trabalhadores da Divisão de Vigilância Epidemiológica.

Acrescentamos também o fato de que os dados referentes à morbidade estão contidos no banco de dados do sistema HYGIA, no módulo do prontuário eletrônico, mas não há sua respectiva codificação. E o que temos observado são registros de sinais e sintomas, os quais não refletem a realidade da saúde da comunidade.

Há de se pensar em formas alternativas de agilizar as informações em todos estes níveis, facilitando sua utilização na promoção, prevenção e recuperação da saúde da população deste município.

No cotidiano dos serviços não observamos, no nível local, as informações dos casos notificados e encaminhados para atendimento hospitalar (pelo nível de complexidade das ações), estes carecem de periodicidade de retorno das informações sobre a evolução dos casos, privando a unidade de tomar conhecimento do comportamento dessas

doenças em sua área de abrangência, o que vem dificultando a visibilidade da dimensão de todos os casos notificados pela unidade.

As doenças que fazem parte do banco de dados do SIVE estão relacionadas, em sua maioria, àquelas de interesse para o município e as do SINAN às de notificação compulsória. Cabe salientar que neste conjunto de doenças temos aquelas de diferentes naturezas: crônico-transmissíveis e não transmissíveis e agudas e do tipo transmissíveis e não transmissíveis.

As doenças que são processadas no SIVE são: Chagas Agudo, Acidentes de Trabalho, Eventos Adversos Pós-Vacinação, Coqueluche, Conjuntivite, Varicela, Parotidite, Escarlatina, Sífilis Adquirida, Teníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hantavírus.

As processadas pelo SINAN: Acidentes por animais peçonhentos, Aids, Aids-criança, Atendimento Anti-Rábico, Chagas Agudo, Cisticercose, Cólera, Coqueluche, Dengue, Desnutrição Grave, Difteria, Doenças Exantemáticas, Esquistossomose, Febre Amarela, Febre Tifóide, Filariose, Gonorréia, Hanseníase, Hepatite Viral, Hepatite Crônica, Intoxicação por Agrotóxico, Leishmaniose Visceral, Leishmaniose Tegumentar, Leptospirose, Linfogranuloma Venéreo, Malária, Meningite, Oncocercose, Peste, Pneumoconiose, Poliomielite, Raiva Humana, Rubéola, Sarampo, Sífilis Congênita, Sífilis não especificada, Síndrome da Rubéola Congênita, Tétano Acidental, Tétano Neonatal, Tracoma, Tuberculose e Varíola.

A entrada de dados no SINAN se dá em duas partes, através de duas Fichas: uma Ficha Individual de Notificação preenchida pela Unidade Básica que registra a notificação e depois encaminha para

Vigilância Epidemiológica do Distrito; e a outra Ficha Individual de Investigação, distinta para cada tipo de agravo, utilizada pela Vigilância Epidemiológica do Distrito, no acompanhamento da investigação do caso de agravo. O SINAN também contém módulos de cadastramento de Unidades Notificadoras, população e logradouros.

As limitações do SINAN no nível nacional foram analisadas na Quarta Oficina de Trabalho Interagencial realizada em setembro de 1998, onde participaram várias instituições como o Ministério da Saúde através da Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria Executiva (DATASUS e REFORSUS) e Secretaria de Assistência à Saúde; Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional da Saúde (CENEPI); FIOCRUZ (Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP e Centro de Informações Científicas e Tecnológicas-CICT); Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde-CONASS; Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde-CONASEMS e a Organização Pan-Americana da Saúde. No relatório executivo do referido evento consta que o SINAN apresenta limitações relativas ao software utilizado, dificuldades na adaptação do sistema às doenças crônicas e não transmissíveis e ao uso de fichas de investigação muito extensas e detalhadas. As intervenções com o propósito de sanar estes problemas incluem: designação de comissão especial de gestão; uniformização de fluxo e periodicidade comuns aos diversos agravos; elaboração de manuais e dicionários de dados; realização de cursos de multiplicadores, com vistas à adoção de

processamentos atualizados; revisão de formulários e críticas da entrada de dados; desenvolvimento de plataforma compatível com o Windows⁶⁶.

Observamos que há necessidade de racionalizar esforços, muitas vezes duplicados, e ainda, os acertos referentes à necessidade real de cada nível, por onde caminha o fluxo, a fim de que os dados contidos no Sistema de Informação em Vigilância Epidemiológica sejam úteis. Assim, informações detalhadas sobre um determinado cenário da saúde, necessariamente, não terá a mesma relevância para o nível estadual e/ou federal e/ou municipal em relação a área de abrangência de uma unidade básica, a qual conforme definição, fica próxima a todos estes eventos do processo saúde - doença contidos nos sistemas de informação estudados.

A Unidade Básica de Saúde que produz a informação para os outros níveis, acaba ficando sem análise dos dados que produziu e conseqüentemente sem as possibilidades de conhecer o perfil epidemiológico da população que faz parte da sua área de abrangência para a tomada de decisão. Mas entendemos que o tipo de modelo de atenção à saúde desenvolvido, voltado para o modelo de assistência médica individual, privilegiando o pronto atendimento não necessita de informações epidemiológicas para instrumentalizar as ações.

⁶⁶ Todas estas informações sobre a Quarta Oficina Interagencial podem ser encontradas com mais detalhes no endereço eletrônico www.saude.gov.br/

A conformação destas atividades nos três níveis (central, distrital e local) caracterizam, atualmente, o Sistema de Informação em Vigilância Epidemiológica como centralizador das informações, apesar de caber ao nível local:

“☐ Notificação das doenças de notificação compulsória e de interesse do escolar;

☐ Registro e acompanhamento dos casos notificados;

☐ Alerta do aumento de registro de casos de algumas doenças específicas;

☐ Controle de temperatura das geladeiras onde ficam as vacinas;

☐ Convocação de faltosos para vacinação e outros programas;

☐ Orientação à população da área”.⁶⁷ (RIBEIRÃO PRETO, 1993b, p.36).

Na prática isto tem se dado de forma desintegrada e centralizada na Distrital, demonstrando que a UBS não sabe da situação de cobertura vacinal, incidência de doenças imunopreveníveis (confrontando os dados com os de cobertura vacinal) e de notificação compulsória, mortalidade infantil e geral e conformação de outros programas como o controle de hanseníase e tuberculose. No Distrito as ações de coordenação, controle e intervenção estão também centralizadas no serviço de Vigilância Epidemiológica do referido Distrito.

“... o pessoal faz a notificação como se tivesse numa unidade normal, passa a notificação para a Vigilância do Distrito, fazem isto porque a Vigilância do Distrito na

⁶⁷ Atividades e competências do nível local constam no Relatório da Vigilância em Saúde da SMS-RP, constam também no Relatório da III Conferência Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, dezembro de 1993

verdade não tem condições de estar fazendo isso, é uma unidade que funciona 24h, o pessoal tem que saber que não é porque aqui é uma distrital que aqui é diferente, a única coisa que a gente está ocupando é o prédio ... a gente fica mais centralizada e tudo que é feito é feito na Distrital." (ENF5-Nível Local - Unidade A)

"As Distritais não são iguais, por exemplo, na Distrital X a Vigilância Epidemiológica não deixa ninguém preencher a SVE1 e tudo é centralizado no setor de Vigilância inclusive a sorologia ... aqui não fazemos a notificação de doenças e colhemos o material para sorologia, depois encaminhamos o SVE1 para o nosso setor de Vigilância Epidemiológica ... não sabemos se o caso foi ou não confirmado e o que produzimos fica no setor de Vigilância da unidade ... não sabemos sobre estas doenças para a nossa área de abrangência ... a enfermeira do setor de Vigilância sabe". (ENF3-Nível Local - Unidade A)

Ao falar sobre o SIVE e SINAN é preciso trazer a abordagem relativa à vigilância epidemiológica que vem mudando de conceito e finalidade no sentido de contemplar o conceito que prevê a integralidade entre ações de caráter individual, com ações coletivas, eliminando a dicotomia entre as atividades de promoção e prevenção com as curativas.

O processo de descentralização do Sistema de Saúde, pelo qual passou e vem passando o Brasil e Ribeirão Preto, possibilita uma descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica, o acesso e uso dos sistemas de informação relacionados a ela de forma mais próxima da

rede básica municipal de saúde, o que nos reforça a pensar que ter acesso à informação não é suficiente. É preciso esforços para que análises sejam realizadas por área de abrangência, a fim de fazerem sentido aos usuários da informação no nível local na tomada de decisão, mas de nada adianta esta forma mais desagregada de mapear a situação epidemiológica da área de abrangência se não houver também um investimento na capacidade de intervenção dos serviços de saúde para mudança de suas práticas no processo de fazer saúde.

3.4. HYGIA-RP – SISTEMA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL INFORMATIZADO DA DIVISÃO DE INFORMÁTICA E ESTATÍSTICA VITAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO

3.4.1. CONSTITUIÇÃO FORMAL

A. ESTRUTURA

HISTÓRICO

Em 1993, a Secretaria Municipal de Saúde optou por obter uma solução de *software* e *hardware* pronta, existente em outros municípios, sendo contratado o Sistema HYGIA da empresa Unisys e Techne com a característica de ser um banco de dados único, com cadastro único de paciente, agendamento de consultas com hora marcada, informatização de laboratório, vacina, prontuário eletrônico, estatísticas e faturamento.

Antes de optar por esse sistema informatizado – HYGIA, foram realizados, em 1990, contatos com o Centro de Informações de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com o DATASUS no Rio de Janeiro e com a equipe do Ministério da Saúde. Foram também analisados os sistemas comercializados pela empresa Kernel e Consist e outros (PEREIRA & MANÇO, 1995).

Em 1996, foi analisado o Sistema da SIADEM (Informática Ltda – SISP – Sistema Integrado de Saúde Pública) com a finalidade de avaliar uma possível substituição do Sistema HYGIA devido aos problemas de manutenção de contratos com a empresa. Esta substituição não se

concretizou e o contrato com a empresa Unisys foi renovado.

As etapas da implantação foram sistematizadas, iniciando em janeiro de 1994, através de projeto básico em toda área médica e implantação completa do sistema na Unidade Piloto Quintino I e implantação gradativa dos demais módulos (prontuário eletrônico, reorganização do arquivo físico de prontuários, morbidade ambulatorial pela CID, área de odontologia e demais profissionais com atendimento individualizado, vacinação, laboratório, atendimentos básicos e fichas complementares⁶⁸.

O planejamento do processo de implantação levou em consideração:

“ A capacidade dos operadores em absorver as novas rotinas;

A disponibilidade de pessoal para a operação dos recursos do sistema;

A disponibilidade de equipamentos, pois a operação do sistema pressupõe que os terminais sejam adequadamente dimensionados ao tempo gasto para entrada e manipulação de dados;

A validação da implantação do sistema levando-se em conta os próprios programas, os problemas operacionais com equipamentos, linhas de comunicação de dados, o computador central e o suporte técnico dos recursos humanos e

As mudanças organizacionais necessárias à implantação do sistema, a exemplo da reorganização dos arquivos médicos (prontuários físicos), das mudanças nos fluxos de atendimento, etc.” (RIBEIRÃO PRETO, 1994d, p.5).

⁶⁸ Relatório do Projeto de Informatização das Unidades Básicas de Saúde da SMS – Ribeirão Preto, 1994d.

Desta forma, algumas dificuldades estiveram presentes na implantação do HYGIA e estão relacionadas ao atraso na entrega dos terminais pela empresa Techne; problemas com a falta de trabalhadores que desenvolvessem este tipo de serviço na recepção das unidades de saúde, pedido de demissão de analistas treinados e ausência de viatura para a supervisão das unidades, entre outros.

Com a implantação deste sistema deu-se início a reformulação do prontuário físico, no sentido de melhor adaptá-lo melhor ao novo sistema, tendo em vista que o serviço não dispunha de amparo legal para substituí-lo pelo prontuário eletrônico. E ainda, nem todos os campos da Ficha de Atendimento HYGIA eram digitados, sendo necessário que seus conteúdos estivessem arquivados. Em agosto de 1992, já com a idéia do processo de informatização, foi criada uma comissão de prontuário com o objetivo de reorganizar o prontuário físico⁶⁹ (RIBEIRÃO PRETO, 1993b) da rede básica de saúde, a fim de padronizar os impressos, alterar o sistema anterior de arquivo⁷⁰ para o método dígito-terminal. Este processo deu-se em parceria com um arquivista do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, desenvolvendo as atividades de treinamento e acompanhamento na implantação do novo método.

⁶⁹ Os prontuários foram implantados na SMS-RP em 1986, juntamente com os boletins de produção, fichário central e cartão de identificação e agendamento (ver PINTO, I.C. *et al.*, 1996). Em 1992 algumas alterações foram realizadas na padronização de documentos contidos no prontuário pela Comissão de Arquivo e Prontuário, constituída por resolução interna nº 021/93 (agosto), da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

⁷⁰ Anteriormente ao prontuário eletrônico, os prontuários físicos da rede básica de saúde eram arquivados por seqüência numérica crescente, repetidas para as diversas unidades de saúde, ou seja, um mesmo usuário poderia ter um número em uma unidade e quando atendido em outra recebia nova numeração, conforme a ordem crescente, correspondente a unidade. Os impressos eram arquivados em envelopes e a numeração dada era registrada na capa do referido prontuário.

Este método dígito-terminal permite eliminar as desvantagens do convencional, porém conserva as vantagens de arquivo numérico, a medida que utiliza a leitura da numeração da direita para a esquerda, em forma contrária a leitura convencional. Outra característica é que cada unidade de milhar, dezena e unidade de 0 a 9 recebe uma determinada cor (0 – verde; 1 – azul; 2 – vermelho; 3 – laranja; 4 – rosa; 5 – cinza; 6 – amarelo; 7 – marrom; 8 – pink; 9 – preto) (MELLO, 1994).

As tarjas coloridas afixadas no prontuário facilitam a organização dos arquivos nas estantes, possibilitando sua localização pelas cores e ao mesmo tempo visualizar as pastas que estão fora de ordem.

Cabe salientar que até 1984 não existia prontuário e em 1985, estudos foram realizados para implantação dos mesmos na rede, bem como o fichário central e o cartão de identificação e agendamento dos usuários. Em 1986, foram concretamente implantados os boletins de produção, o fichário e o prontuário, pois o que existia anteriormente eram fichas de pronto atendimento, tendo em vista o modelo de assistência desenvolvido nos doze Postos de Atendimento e no Pronto Socorro Municipal (PINTO *et al.*, 1996).

Em todas estas etapas de (re)organização de prontuários e das demais informações estiveram presentes membros da equipe da Divisão de Informática e Estatística Vital, mesmo antes da implantação deste.⁷¹

⁷¹Maiores detalhes sobre a história da implantação dos prontuários na rede básica de saúde veja: PINTO *et al.* (1996) que trata sobre a inserção do enfermeiro na Divisão de Informática e Estatística Vital.

O Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde - SIA-SUS da SMS-RP vem gradativamente sendo substituído pelo sistema HYGIA nas unidades já informatizadas, tendo em vista os objetivos ampliados do novo sistema, caracterizando um período de transição do sistema de registro da produção ambulatorial em específico para estatísticas e faturamento.

Cabe salientar que esta substituição gradativa não será completa, pois o SIA-SUS só reconhece os códigos de seu sistema, sendo, portanto, mantido a realização de uma conversão do HYGIA para o SIA-SUS.

O SIA-SUS no nível nacional foi criado a partir da fusão do INAMPS com o Ministério da Saúde, regulamentado pela Resolução nº 228 de agosto de 1990 (DOU 6/8/90 Seção I p.14881) (BRASIL, 1990b). Tinha como objetivo: acompanhamento dos programas físicos e orçamentários, acompanhamento das ações de saúde produzidas, gerando instrumentos analíticos de controle e avaliação, agilização dos procedimentos de pagamentos e contribuição na formação do banco de dados do SUS.

No município de Ribeirão Preto o sistema HYGIA vem sendo utilizado para os registros de produção estatística por procedimentos, para fins de faturamento. Atualmente, este sistema caminha concomitantemente com o módulo de estatística do sistema HYGIA, o qual também fornece os dados relativos aos procedimentos realizados pelos profissionais das unidades de saúde.

O que diferencia o SIA-SUS do HYGIA são as características deste último, que funciona interligando as unidades de saúde, com

digitação e produção de relatórios estatísticos no próprio nível local. O SIA-SUS (que fornece as planilhas de registros de dados) é utilizado apenas onde o sistema HYGIA não está implantado, ou seja, nas unidades de saúde (CSE – Cuiabá, CSE – Ipiranga, CMSC de Vila Lobato e CSE Vila Tibério), unidades escolares, creches, asilos onde há profissionais da Secretaria Municipal da Saúde desenvolvendo seu trabalho de saúde, mesmo assim, os códigos seguem a lógica dos procedimentos padronizados para o HYGIA.

RECURSOS HUMANOS

Conforme aponta o Quadro 12, a seguir, a Divisão de Informática e Estatística Vital conta com: 01 estatístico, que é o Diretor da Divisão; 04 enfermeiras com função de assistente técnica, mais voltadas para a implantação e implementação do Sistema HYGIA, sendo que uma destas envolve-se mais com atividades de coordenação, assessorando o diretor; 06 analistas de sistema; 03 agentes administrativos; 07 técnicos em processamento de dados; 06 telefonistas, desempenhando atividades de agendamento por telefone (através do sistema HYGIA) pelo ramal 160 do município (no Disque 160 – são agendadas consultas médicas em pediatria, clínica médica e ginecologia/obstetrícia); 01 oficial administrativo e 04 estagiários⁷².

⁷² Vale ressaltar que todos os funcionários da Divisão de Informática e Estatística Vital estão, direta ou indiretamente, envolvidos no sistema HYGIA.

Quadro 12 - Recursos humanos da Divisão de Informática e Estatística Vital⁷³ - julho 1998

CATEGORIA	Nº DE PROFISSIONAIS
Estatístico	01
Enfermeira	04
Analista de Sistemas	06
Técnico em Processamento de Dados	07
Agente administrativo	03
Telefonista	06
Oficial administrativo	01
Estagiários	04
TOTAL	32

Fonte: Departamento de Informática da SMS-RP.

A Divisão de Informática e Estatística Vital coordena e controla o HYGIA, realiza a estatística por produção de todas as unidades e mantém profissionais deste setor no desenvolvimento de atividades de supervisão e treinamento na rede básica de saúde.

Todos os trabalhadores da Divisão de Informática e Estatística Vital estão treinados para dar apoio nas questões técnicas do sistema.

Como já salientado anteriormente além do HYGIA a Divisão de Informática e Estatística Vital coordena e controla o SIM-RP e o SINASC-RP.

RECURSOS MATERIAIS

Em 1997 tínhamos instalado em toda rede básica de saúde 105 terminais de computadores e 48 impressoras e, em julho de 1998, 77 microcomputadores, 84 terminais e 59 impressoras, sendo que alguns

⁷³Ver trabalho mimeografado "Frentes de trabalho e resumo de atividades desenvolvidas da Divisão de Informática e Estatística Vital da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto", relativo ao mês de fevereiro de 1997, p.13-16. Ver também distribuição numérica de trabalhadores da Divisão de Informática e Estatística Vital da SMS-RP por categoria profissional no período de 1989-1996, no estudo de OLIVEIRA, T.H. & MISHIMA, S.M. (1996)./mimeografado/

terminais foram substituídos por microcomputadores. A Divisão de Informática e Estatística Vital conta com 7 microcomputadores e com 1 impressora para o treinamento de pessoal que trabalha com o sistema HYGIA na rede básica de saúde.

FINALIDADE/ OBJETIVO

Este sistema de informação do atendimento ambulatorial informatizado (HYGIA) tem como objetivo básico servir de instrumento para a melhoria da qualidade assistencial da rede de saúde, para a racionalização de recursos e a disponibilização de dados a fim de melhorar a avaliação e o planejamento de saúde. E ainda, permitir o lançamento de dados de forma *on line* diretamente das unidades de saúde.

B. PROCESSO

O programa do sistema HYGIA é processado em um computador central, instalado na CODERP⁷⁴. Atualmente, funciona interligando as unidades de saúde, laboratórios e nível central, propiciando segurança de acesso, sendo que a digitação e produção de relatórios estatísticos ficam no próprio nível local, tornando-se um instrumento que pode colaborar na tomada de decisões para reorganização dos serviços.

O HYGIA é constituído por 10 módulos, os quais descrevemos a seguir.

Módulo de Cadastramento de Paciente - realizado por três transações básicas PACIENTE, AGENDA e RECEPÇÃO. Antes de fazer

⁷⁴ CODERP: Centro de Processamento de Dados da Companhia de Desenvolvimento Econômico de Ribeirão Preto.

o cadastramento realiza-se uma busca de paciente pela transação BUSCA PACIENTE a qual faz a pesquisa dos possíveis homônimos, ou o cadastro já existente, pelo nome e data de nascimento. Fazem parte do cadastramento dos pacientes: nome; tipo e número do documento (certidão de nascimento, carteira de trabalho, certidão de casamento e outros); data do nascimento; sexo; raça; profissão; se está ou não trabalhando; nome da mãe; nome do pai; endereço (rua, cidade e bairro, CEP, fone, complemento de endereço e ponto de referência); programas em que está inscrito nas unidades de saúde e o número do prontuário físico antigo. Após este procedimento o paciente recebe um número do cadastro HYGIA fornecido pelo sistema que será a nova numeração para este paciente. Este número constará em toda sua documentação dentro dos serviços da rede básica de saúde, incluindo o prontuário físico.

Módulo de Agendamento de Paciente - Com este módulo a agenda física (livros de agendamento) foi substituída pela agenda informatizada do sistema HYGIA. Esta transação permite abrir agenda para os profissionais quanto aos dias da semana e horários, bem como agendar os pacientes dentro das opções criadas e é, mensalmente, elaborada e/ou alterada pelo gerente das unidades de saúde. Nesta transação existe a possibilidade de informar se o agendamento é caso novo, retorno, atendimento domiciliar ou atendimento coletivo.

Módulo de Recepção de Paciente - é utilizado quando o paciente chega na unidade. Após o preenchimento das informações referentes ao número do cadastro, é liberada a Ficha de Atendimento que será fornecida para

o profissional que realizará o atendimento na unidade. Com esta transação é também possível pedir o prontuário ou o resumo deste, mas este procedimento não tem sido solicitado rotineiramente, visto que toda documentação fica disponível no prontuário físico. Quando o paciente já recebeu atendimento em outra unidade da rede básica de saúde é possível conhecer pelo prontuário eletrônico ou pelo seu resumo quais são os seus problemas.

Módulo de Atendimento de Paciente - neste módulo o profissional médico realiza o atendimento ao paciente, preenchendo os campos da Ficha de atendimento HYGIA (Anexo 9, p.305): nº do procedimento executado, principais dados, diagnóstico, terapêutica, exames laboratoriais, encaminhamentos a outros serviços e inclusão em programas de saúde, visto que os campos relativos a identificação do paciente já vêm preenchidos pelo próprio sistema. Atualmente, os campos digitados no terminal de computador do programa HYGIA correspondem ao diagnóstico, encaminhamentos e ao número do procedimento (utilizado para fins estatísticos e faturamento), disponibilizando estas informações no prontuário eletrônico do paciente.

Módulo de Vacinação - este módulo permite substituir as fichas de vacina da sala de vacinação a medida que se faz a programação das doses de vacina a serem aplicadas, o controle dos faltosos e o levantamento estatístico, disponibilizando a informação no prontuário.

Módulo de Exames - tem a função de requisitar os exames do paciente, registrar e entregar o resultado dos exames realizados.

Módulo Acesso - permite ao usuário entrar nas transações que compõem o sistema HYGIA.

Módulo de Auditoria - tem a função de fazer a auditoria do sistema, informando as transações utilizadas pelos usuários do sistema, bem como a data, horário e o nome do referido usuário.

Módulo de Faturamento - possibilita o faturamento automático do que foi produzido na rede básica de saúde.

Mapa Diário - planilha de produção de especialidades para registro de procedimentos do nível médio e nível superior.

Com a troca da versão do sistema HYGIA (versão 2.5), em 1997, foi incluído o módulo de controle de leito dos hospitais, bem como o tempo de internação e previsão de alta, ou seja, transformando estas informações em uma central de vagas.

Está incluído também no sistema HYGIA o Disque 160 que tem como função o agendamento eletrônico de consultas pelo telefone, na área de pediatria, clínica médica e ginecologia-obstetrícia. Este agendamento é realizado em uma central telefônica, instalada na Divisão de Informática e Estatística Vital por telefonistas treinadas para operar o HYGIA.

As atividades de supervisão do HYGIA, realizadas pelas enfermeiras da Divisão de Informática e Estatística Vital da Secretaria Municipal de Saúde, dão suporte e novas informações aos usuários; checam o equipamento instalado nas unidades de saúde e as de uso da Divisão; auxiliam na organização de implantação e manutenção do sistema em relação ao fluxograma de pacientes; encaminham dúvidas e

problemas detectados pelos usuários através da Guia de Solicitação de Serviços para os analistas do sistema e checam a performance do sistema junto às várias unidades de saúde .

Os outros módulos estão relacionados às funções estatísticas de procedimentos básicos não individualizados, pacientes inscritos em programas de saúde e outras opções.

Outro movimento de implantação do sistema HYGIA foi a articulação com a MATER – Maternidade do Complexo Aeroporto - Fundação Sinhá Junqueira a partir de 11 de maio de 1998, com a finalidade do cadastramento e agendamento dos recém-nascidos no sistema e seguimento pela rede básica.

Em dezembro de 1997 foi implantado o Serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros, para realizar, na situação de resgate de paciente, cadastramento e/ou localização de seu prontuário eletrônico.

No Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, o HYGIA foi implantado em articulação com a PRODESP – Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo – em 11/08/97, tanto na Unidade de Emergência como no HC – Campus, através do Módulo de Cadastramento, com a finalidade de fornecer informações das pessoas cadastradas na rede básica de saúde para o laboratório do referido hospital, o qual realiza os exames solicitados por algumas unidades da rede.

Outra finalidade foi a de ampliar o cadastramento dos recém-nascidos deste hospital, facilitando o agendamento da primeira consulta

na rede básica de saúde, o que vem sendo realizado por uma equipe treinada do Programa Floresce uma Vida (5 estagiárias de psicologia da Universidade de São Paulo e 2 auxiliares de enfermagem).

C. RESULTADOS (SAÍDAS)

O Quadro 13, a seguir, demonstra as datas de início de implantação do cadastro de pacientes na rede básica de saúde e as áreas de serviços informatizadas do sistema HYGIA – nas unidades de saúde. Podemos observar que a área de atendimento médico é a que está mais em desenvolvimento, ou seja, até o momento o sistema HYGIA tem seu cerne voltado para a produção dos serviços médicos, o que pode demonstrar sua organização atual mais direcionada para a produtividade médica, no sentido de controlar o número de agendamentos e horários a serem seguidos por estes profissionais, bem como quantas consultas foram realizadas.

Quadro 13 - Unidades e serviços informatizados através do sistema HYGIA- julho de 1998.

UNIDADES	DATA DE IMPL.	SERVIÇOS INFORMATIZADOS
UBS PROF. ZEFERINO VAZ – QUINTINO I	18/04/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Odontologia, Vacina, Exames de Laboratório ⁷⁵ , Enfermeiro e Nív. Médio.
UBDS OSWALDO CRUZ – VILA MARIANA	30/05/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Cardiologia, Dermatologia, Medicina do Trabalho, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UBS VALENTINA FIGUEIREDO	07/06/94	Clínica Médica, Pediatria, Vacina e Nív. Médio.
UBS MAURÍCIO R. E SILVA-QUINTINO II	07/06/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Odontologia, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UBS ALBERT SABIN – ANTONIO MARINCEK	07/06/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Odontologia, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UBDS ALEXANDER FLEMING-ADEL.SIMIONI	12/07/94	Cardiologia, Dermatologia, Fono, Psico, G.O., Clínica Médica e Pediatria, Enfermeiro, Ultrassom, Nív. Médio e Vacina.
UBS WALDEMAR B. PESSOA-PQ RIB.PRETO	20/07/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UBS ADAO DO CARMO LEONEL	20/07/94	Clínica Médica, Pediatria, G.O., Vacina e Enfermeiro.
UBS JD MARIA DAS GRAÇAS	20/07/94	Clínica Médica, Pediatria, Odonto, Vacina, Nív. Médio e Enfermeiro.
UBDS VILA VIRGÍNIA	15/09/94	Cardiologia, Oftalmo, Endócrino, Clínica Médica, Pediatria, Pneumo, Plantão, Ultrassom, Odontologia, Enfermeiro, Nív. Médio e Ortopedia.
UBS IPIRANGA (INTEGRADA)	08/09/94	Clínica Médica.
CSE IPIRANGA		Não instalado
UBS PROF. AYMAR B. PRADO - D. MIELLE	05/09/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Odontologia, Vacina, Nív. Médio e Enfermeiro.
UBS JOSÉ SAMPAIO JÚNIOR	15/09/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UBS DR.ALVARO PANAZZOLO-V.ALBERTINA	13/10/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Vacina, Nív. Médio e Enfermeiro.
UBS PRESIDENTE DUTRA	13/10/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria.
UBS ADALBERTO T. ANDRADE-V.RECREIO	29/09/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UBS VILA TIBERIO (EX-PS V.TIBERIO)	26/09/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Nív. Médio e Enfermeiro.
CSE VILA TIBERIO (UBS INTEGRADA)	30/09/94	G.O., Pediatria, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
CMSV VILA LOBATO	10/96	Cadastramento e Agendamento de pacientes.
CSE SUMAREZINHO	04/05/98	Agendamento, Cadastramento e Vacina
CS III BONF.PAULISTA(UBS-INTEGRADA)	10/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Plantão, Odontologia, Enfermeiro, Nív. Médio e Vacina.
UBDS CENTRAL-SETOR PEDIATRIA –PAMII	21/11/94	Pediatria, Plantão, Especialidades, Odontologia, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UBS HÉLIO L.DE OLIVEIRA – STA CRUZ	26/09/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Odonto, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UNIDADE MAT.INF.- C.ELISEOS (UBS)	29/11/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UBDS DR.JOAO B.QUARTIM-CENTRAL	10/10/94	Cardiologia, Medicina do Trabalho, Otorrino, Pediatria, Plantão, Clínica Médica, Odontologia, Endócrino, G.O., Neurologia, Dermatologia, Oftalmologia, Fono, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UBS CARLOS CHAGAS - V. ABRANCHES	21/09/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Odontologia, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UBS JARDIM ZARA	12/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UBS SÃO JOSÉ	30/09/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Odontologia, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
NAPS 1 – NÚCLEO DE ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL	26/04/96	Cadastramento de Pacientes
UBS JARDIM JULIANA	03/96	G.O, Odontologia, Clínica Médica, Pediatria, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
UBS CASTELO BRANCO NOVO	10/10/94	Clínica Médica, G.O., Pediatria, Plantão, Odontologia, Endócrino, Dermato, E.C.G., Tisio, Fono, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
HC – CIDADE	11/08/97	Módulo Cadastramento
HC – CAMPUS – LABORATÓRIO	11/08/97	Módulo Cadastramento e Atendimento
CORPO DE BOMBEIROS	12/97	Módulo Cadastramento e Atendimento
NGA – 59	04/08/97	Geriatría, Nutrição, Fisiatria, Ortopedia, Neurologia, Ultrassom, Raio X, EEG, Tisiologia, Dermato Sanitária, Urologia, Endócrino, Gastro, Hepatologia, MI, Vacina, Enfermeiro e Nív. Médio.
DISQUE CONSULTA 160	08/95	Agendamento Telefônico Informatizado para todo o município em Clínica Médica, Pediatria e G.O.

Fonte: Departamento de Informática da- Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto - SP, julho de 1998.

⁷⁵Devido à problemas com a articulação entre Divisão de Informática e Estatística Vital, Unidade Básica de Saúde e Laboratório que realizava os exames, este módulo informatizado foi, temporariamente, suspenso.

Todos os pacientes estão sendo cadastrados com exceção dos que utilizam a Unidade do Sumarezinho (excluindo-se os pacientes que são atendidos na sala de vacina e os agendamentos nas especialidades do Núcleo de Gestão Ambulatorial - NGA), CSE Ipiranga e UBS Vila Lobato,⁷⁶ pois nestas unidades ainda está em estudo a implantação deste sistema.

A supervisão deste programa informatizado no nível local fica sob responsabilidade dos gerentes e do apoio técnico da equipe de supervisão da Divisão de Informática e Estatística Vital.

Freqüentemente, são elaborados pela equipe de supervisão da Divisão de Informática e Estatística Vital, relatórios contendo a avaliação e desempenho do sistema no nível local; com a finalidade de adaptar o sistema HYGIA à realidade das unidades de saúde. Várias alterações no programa e nas tabelas foram necessárias.

Em setembro de 1996, tínhamos aproximadamente 300.000⁷⁷ pessoas e, em julho de 1998, 486.000 pessoas cadastradas no sistema HYGIA.

Contamos com a implantação do método dígito-terminal, conforme demonstra o Quadro 14, em todas as unidades da rede básica de saúde.

ROCHA & DAL FABRO (1995) chegaram à conclusão que a implantação do sistema informatizado, na rede municipal de saúde do município de Ribeirão Preto, revelou várias vantagens tais como: mudanças no trabalho e nos serviços a medida que os registros clínicos do paciente, exames laboratoriais, interconsultas e outros procedimentos

⁷⁶ Unidades de saúde que não estão municipalizadas e são vinculadas à Universidade de São Paulo.

⁷⁷ Dados extraídos de documentos da Divisão de Informática e Estatística Vital da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto - Setembro de 1996.

estão integrados e disponibilizados *on line*, ou seja, o atendimento é transcrito para o sistema identificando a pessoa que atendeu o paciente, as agendas de trabalho programadas de acordo com um plano prévio e controlado pelo sistema. Quanto às mudanças na relação entre os serviços e os pacientes, relatam ter permitido educar e controlar a equipe de saúde e os pacientes, e ainda, entre outras vantagens, a de elaborar relatórios de atendimento automático e disponibilidade rápida de informações relacionadas com o profissional e como o programa ou Unidade de Saúde, em um determinado tempo e muitas outras opções.

Quadro 14 - Distribuição da frequência de prontuários implantados por unidade de saúde na rede municipal da saúde de Ribeirão Preto - agosto de 1997.

Distrital de Saúde	Unidade de Saúde	Prontuários implantados
UBDS CENTRAL	UBDS Central	30.000
	UBS Vila Tibério	10.000
	UBS Bonfim Paulista	7.200
	Área Materno-Infantil	20.000
	UBS – Santa Cruz	7.000
	PAM II	15.000
	NAPS I	2.000
UBDS VILA VIRGÍNIA	UBDS Vila Virgínia	40.000
	UBS Adão do Carmo	7.300
	UBS Jardim Maria das Graças	8.000
	UBS Parque Ribeirão	17.000
UBDS SIMIONI	UBDS Simioni	40.000
	UBS Marincek	17.000
	UBS Quintino Facci II	14.500
	UBS Vila Mariana	20.000
	UBS Quintino Facci I	8.000
	UBS Valentina Figueiredo	5.000
UBDS SUMAREZINHO	UBS Vila Recreio	17.000
	UBS Dom Mielle	10.000
	UBS Vila Albertina	20.000
	UBS Presidente Dutra	7.500
	UBS Ipiranga	8.000
	UBS José Sampaio	15.000
UBDS CASTELO BRANCO	UBDS Castelo Branco	11.000
	UBS Vila Abranches	10.200
	UBS Jardim Zara	7.000
	UBS São José	7.000
	UBS Juliana	2.600

Fonte: Departamento de Informática da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP – setembro 1997.

Obs: No NGA foi implantado o prontuário em 1998, totalizando, aproximadamente, 50.000.

Em seus relatórios a Divisão de Informática e Estatística Vital define como principais benefícios deste sistema:

“ Cadastro único de pacientes (R.G. da saúde): o paciente é cadastrado e este número é utilizado em todas as unidades. (...).

Agendamento de consulta pelo computador e telefone (...).

Depois de atendido os dados da consulta são lançados no computador gerando seu ‘prontuário eletrônico’ e uma série de estatísticas que podem ser consolidadas ou individualizadas por unidade, profissional ou paciente.(...)

As vacinações também são registradas no ‘prontuário eletrônico’ contribuindo para melhorar o controle de cobertura vacinal do município.

Os resultados de exames são lançados no computador diretamente pelo laboratório, agilizando o atendimento. (...). Estes resultados podem ser comparados no tempo, não se perdem e ficam sempre à disposição de todos os profissionais do atendimento.

Os atendimentos básicos também são registrados no computador, totalizados por mês e unidade.

As estatísticas são executadas na própria unidade pelo seu gerente, de forma on line, rápida, sem depender do Centro de Processamento de Dados. Estatísticas adicionais podem ser extraídas a partir do cruzamento de todos os dados lançados no computador.

Utilização de recursos para controle epidemiológico, com relatórios de pacientes por programas, bairros, doenças, levantamento de morbidade por programas, etc.

Fornecimento de estatísticas diversas para os órgãos do SUS incluindo-se os relatórios para o

recebimento do repasse de recursos (faturamento)”
*(RIBEIRÃO PRETO, 1994d, p.1-2).*⁷⁸

e como dificuldades:

“☐ Recursos humanos nas unidades apresentam um misto de insuficiência quantitativa, falta de gerenciamento e as dificuldades típicas de incorporação de uma nova tecnologia.

☐ Integração da equipe e definição de atribuições.

☐ Problemas quanto à performance relacionadas com a configuração e operação do computador central e outras deficiências do próprio sistema que tem sido motivo de uma ‘batalha’ junto à empresa fornecedora dos mesmos.

☐ Baixa utilização do sistema, principalmente pela falta de apoio no treinamento dos profissionais e na implantação de todos os seus módulos.

☐ Novas versões com muitas alterações que irão exigir algum nível de retreinamento dos usuários atuais.”
*(RIBEIRÃO PRETO, 1995e, p.3).*⁷⁹

Estas propostas estão sendo discutidas pelas partes interessadas e no ano de 1997 algumas articulações do sistema HYGIA, através da SMS com a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto foram propostas, no sentido de estabelecer os módulos do programa que são importantes para o acesso aos equipamentos que viabilizem esta integração. Isto está concretizado até o momento com a implantação do módulo de cadastramento dos pacientes encaminhados

⁷⁸ Maiores informações sobre a informatização da rede básica municipal de saúde através do Sistema HYGIA ver:

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Unidades de saúde da SMS-RP estão informatizadas e agendando consultas pelo computador: Relatório do Projeto – dezembro/94. Ribeirão Preto, Secretaria Municipal da Saúde, 1994d. /Mimeografado/

⁷⁹ RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de informações e informatização da Secretaria Municipal da Saúde, Ribeirão Preto – Agosto de 1995. Apresentado no 1º Seminário Integrado da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

para o laboratório do referido hospital, bem como das crianças recém-nascidas neste local.

3.4.2. INSTRUMENTALIZAÇÃO DO AGIR EM SAÚDE: TOMADA DE DECISÃO

O nível central da SMS considera o HYGIA como o sistema mais abrangente pelo volume de informações processadas, por estar distribuído e ser acessado em todos locais, por envolver muitas pessoas e por estabelecer um perfil de acesso aos usuários, caracterizando-o como um sistema on-line e aberto.

"...hoje nós temos aproximadamente de 800 a 1000 usuários treinados no sistema HYGIA, nós temos 570.000 pacientes cadastrados, nós temos pelo menos uns quatro milhões de atendimentos gerados... devemos ter em torno de 300 pontos entre microcomputadores e terminais..." (AN1 - Nível Central)

"Nosso trabalho se fundamenta basicamente nos sistemas de informação, tudo o que a gente faz aqui tem haver com o sistema de informações ... uma das coisas que a gente sempre faz aqui é trabalhar os dados de produção que a gente recebe do HYGIA, fazer as análises de rendimento, de grau de utilização de recurso, cobertura, traçar metas referenciais, basicamente em cima deste sistema de informação." (M3-Nível Central)

"...você tem a informação do paciente a qualquer hora em qualquer unidade, a informação da vacina e isso permite diminuir as oportunidades perdidas de vacinação, porque se você atende o paciente no pronto

atendimento, você consultando o sistema você pode ver se ele está em falta com a vacina, outra vantagem é que você tem no sistema a convocação dos faltosos por carta feita automaticamente e isso as unidades estão fazendo.” (ENF9-Nível Central)

Para o nível local o HYGIA é um sistema que proporciona a Busca e Cadastro do paciente no sistema, bem como o registro dos atendimentos realizados, oferecendo de uma maneira informatizada, informações dentro de uma seqüência temporal sobre a vida da pessoa.

“Então esta maneira informatizada de ver as coisas te dá uma maneira de ver as coisas com começo meio e fim, mas eu sinto que ultimamente tem sido de grande importância para mim ir procurar a vida da pessoa e deixar tudo mais claro, lógico que tem muito a desejar.”(G1-Nível Local - Unidade B)

“...a vida da pessoa, ela chega quer ser atendida e nunca passou por aqui, então a gente pega comprovante de residência e a identidade dela, então ela vai cadastrar a pessoa e depois nós damos um cartãozinho com um número do paciente, o próprio sistema já nos dá um número do paciente, o paciente abre a pasta e tudo ... o paciente chegando aqui com o cartãozinho dele com o número a gente só digita o número que já sai tudo, a vida dele, o cadastro, tudo que ele já fez neste sistema.”(G3-Nível Local - Unidade A)

O enfoque do nível local e do nível central centraliza-se na produção estatística por procedimento, por unidade, por profissional e por

Programas com a finalidade de remanejamento de pessoal e faturamento para repasse de verbas.

"... procurar saber para fazer uma estatística ou você quer saber do paciente se deu algum problema com o médico a gente tem a ficha HYGIA, isso ajuda muito a gente..." (G3-Nível Local - Unidade A)

"No caso se eu precisar de uma produção médica eu vou no HYGIA e tenho tudo ali que fez no mês e se eu precisar tomar uma atitude eu falo me tira a produção do Dr. X,. Já vem a produção dele inteirinha, me tira a produção de pronto atendimento do fulano de tal, já tem na hora também, quer dizer eu acho que foi para tomar uma decisão na hora desde que esteja dentro do sistema eu vou usar o HYGIA." (G3-Nível Local - Unidade A)

"Em termos de planilha, todo mês a gente tem que passar algumas informações para o nível central, número de consultas médicas produzidas, número de atendimentos utilizados pelo posto, então no final do mês a gente pega a estatística de todos atendimentos realizados pelo posto de saúde." (G5-Nível Local - Unidade C)

"...o que a gente tem no HYGIA e o que a gente usa é o seguinte: código para coleta por profissional de nível superior e um código de coleta para profissional de nível médio e um código para anotar resultado." (M4-Nível Central)

"...o pessoal do nível central é o que mais usa a análise de produção das unidades a gente sempre mandou mas

poucas pessoas deram retorno ... poucos gerentes vão ler fazer uma avaliação do que aquilo está significando para a unidade."(M3-Nível Central)

A produção de dados relacionada aos clientes é salientada pelo nível local, citadas como sendo a produção da ficha HYGIA no momento da recepção, cadastro dos clientes, resumo do atendimento, registro das vacinas e relatórios de enfermagem por procedimentos.

Sob a ótica dos dois níveis, o sistema HYGIA fornece informações sobre produtividade para que o nível central avalie a quantidade de atendimento frente ao que é esperado, detectando a área que esta sobrecarregada; a que esta subutilizada, através das vagas nas agendas; atendimento por profissional e por especialidade; por dia e por mês; desencadeando remanejamento de pessoal entre Unidades, e também a análise parcial da qualidade do atendimento a partir do cálculo da média do tempo utilizada para o mesmo.

"O Departamento Médico pede a produção médica mensalmente, a gente tem uma planilha que a gente tem que mandar para o departamento sobre a produção médica."(G5-Nível Local - Unidade C)

"... no HYGIA eu tiro só a produção médica por hora e para os outros profissionais não tem o número de horas trabalhadas." (G4-Nível Local - Unidade E)

" Eu fui tirar uma estatística do HYGIA para ver o volume de serviço que os funcionários de nível médio estavam prestando, até para a gente analisar a questão

da solicitação da ampliação do quadro de pessoal para respaldar a discussão com o gerente da unidade. Eu percebi uma série de erros quando você tem um funcionário realizando dez, doze procedimentos por hora o que é o dobro do que ele seria capaz de realizar, com qualidade, fica difícil você cobrar dele anotar corretamente, tem coisa que além de ser quantitativo tem que ter qualidade." (ENF4-Nível Local - Unidade E)

"Análise de produção unidade por unidade. A rede, como um todo de especialidade, vai para todo mundo. É aberto." (M3-Nível Central)

Para elaboração da Planilha mensal da produção médica, pelos gerentes, a qual é mensalmente encaminhada ao Departamento Médico, observamos que todos os gerentes das Unidades Básicas e o da Distrital realizam esta atividade e que os campos constantes na planilha referem-se ao nome dos profissionais médicos por especialidade; produção (número de consultas); total de horas trabalhadas no mês; produtividade (número de consultas por hora); tempo de espera (tempo de espera em dias para agendar uma consulta nas diferentes áreas) para consultas de retorno, caso novo, puericultura, pré-natal e puerpério.

"Elaboro a planilha, tirando da Transação E PROFIS do HYGIA e uso os cartões de ponto." (G2-Nível Local - Unidade D)

No momento de elaboração da planilha foi detectado por um dos gerentes que o número de dias de espera para casos novos de

ginecologia e obstetrícia em relação ao número de dias de espera para o pré-natal estava muito alto, superando em muito a média de espera.

Observamos que esta informação instrumentalizou a reorganização da agenda eletrônica da referida unidade pelo gerente, o qual após detectar falhas em relação aos agendamentos faz mudança na distribuição do número de vagas para o caso novo de ginecologia e obstetrícia. Alterar a agenda possibilitou oportunidade de consulta para os clientes que procuram a unidade pela primeira vez, caracterizando a planilha como importante fonte de informação para o nível local e não apenas um relatório com o fim em si mesmo.

"...agendava um retorno para o paciente era muito demorado, então esta questão foi analisada com recurso do HYGIA, o índice de falta, o índice da demanda espontânea com os pacientes eventuais ... recursos que você tinha para inverter este processo."
(ENF4-Nível Local - Unidade E)

"...trabalhamos muito o índice de falta dos pacientes. Porque é absurdo o nível de falta dos agendamentos. A oferta da agenda é muito demorada. Isso tudo dá para você analisar pelo HYGIA." (ENF4-Nível Local - Unidade E)

Tanto o nível local como o nível central trazem a importância da utilização do HYGIA para o Programa de Imunização no cadastramento das vacinas, na verificação da aplicação da vacina, na detecção de situações que levam à oportunidades perdidas para vacinação,

elaboração de estatísticas, na convocação de faltosos e no acompanhamento da imunização nas unidades da rede básica de saúde.

"... embora o HYGIA não esteja contribuindo muito para diminuir o serviço burocrático, por outro lado é possível você organizar o fichário de vacinação de uma maneira diferente, é mais simples quando você tem as informações no HYGIA porque como ele faz a busca de faltosos sozinho você não precisa ter toda aquela separação que era definida quando você tinha que procurar manualmente os faltosos. Então é uma vantagem o sistema, que poucas unidades estão se utilizando, fica mais fácil porque qualquer pessoa, mesmo que não conheça todas as normas da Sala de Vacina, sabe arquivar e achar melhor." (ENF9- Nível Central)

"Há três meses atrás começamos a informatizar toda a vacinação." (G3-Nível Local - Unidade A)

"... no caso da vacinação agora todos são cadastrados e passados numa transação que é a programação de vacina PROG VACINAÇÃO." (G1-Nível Local - Unidade B)

"No HYGIA todos os pacientes vão ser cadastrados, mesmo que for a criança, pela declaração de nascidos vivos, ela vai só fazer a vacina no posto, ela vai ter o seu cadastro, tem que ser cadastrada porque a vacina tá informatizada." (ENF5-Nível Local - Unidade A)

Durante nossa observação nas unidades, o sistema de informação HYGIA foi utilizado para cadastramento de pacientes; agendamento de consultas na própria unidade, nos serviços especializados de referência para

a unidade como ortopedia, oftalmologia, cardiologia, urologia, dermatologia etc.; alimentação de dados registrados na Ficha HYGIA pelos médicos da unidade, com ênfase no número do procedimento; convocação de faltosos e de mudança de data de consulta através de cartas padronizadas pelo HYGIA; atualização de cadastro dos clientes em relação ao endereço. Estes registros no HYGIA são realizados pelo agente administrativo e/ou auxiliar de enfermagem na sala de recepção da unidade.

Podemos também observar que as unidades possuem um computador e/ou um terminal de computador na sala de vacina, onde a alimentação de dados relativa aos esquemas de vacinas aplicadas é realizada através do HYGIA, mas que em primeiro momento, antes de ser dada a entrada no HYGIA, os dados são passados de forma manuscrita numa ficha índice física. Os registros na ficha índice e no computador são efetuados pelo auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro, este de forma mais esporádica e em situações de busca de determinadas informações sobre os clientes como o endereço e os atendimentos realizados na rede básica que não constam no prontuário físico. Observamos que foi de grande utilidade as cartas de convocação para clientes tiradas do sistema HYGIA, principalmente direcionadas para faltosos da sala de vacina, agilizando o processo de imunização e de análise de situações de abandono dos clientes, bem como mudança de endereço.

Em situações mais complexas das ações de enfermagem na sala de curativo o auxiliar de enfermagem realizou a recepção do cliente no

HYGIA, solicitando a Ficha HYGIA e após o atendimento entrou com os dados no computador da sala de recepção.

Na pré e pós-consulta, sala de medicação e sala de curativos as atividades são registradas pelos trabalhadores de cada setor em fichas manuais simplificadas, contemplando os campos número do prontuário do cliente, nome, data e o que foi realizado. No final do mês estes procedimentos são passados para o HYGIA.

Um dos momentos de maior utilização do HYGIA para registro de vacina e procura de cadastro no caso de abertura de carteira de vacina e ficha HYGIA ocorreu durante a campanha de vacinação da pessoa idosa. Os usuários do HYGIA ficavam aliviados quando o idoso já era cadastrado, significava reduzir a fila de pessoas que aguardavam o cadastramento no HYGIA e agilizar a vacinação.

O sistema HYGIA vem favorecendo, sob o ponto de vista do nível local e do central, o agendamento *on-line* de consultas médicas nas diversas especialidades, entre as unidades básicas, entre estas e os distritos, entre distritos, e da rede básica municipal de saúde com o Núcleo de Gestão Assistencial – NGA.

"... o clínico pede uma consulta no especialista então nós temos uma ficha de referência na qual nós vamos marcar no NGA a especialidade ... nós agendamos por hora tudo pelo terminal HYGIA." (G3-Nível Local - Unidade A)

"O HYGIA faz agendamento, marca agendamento não só na unidade como fora da unidade." (G4-Nível Local - Unidade E)

"Muita gente mexe no HYGIA, então marca uma consulta no NGA ... a coisa mais fácil é marcar ... é prático e a gente agenda direto ... é uma pena que não temos especialidades com número de cotas suficientes..." (G2-Nível Local - Unidade D)

"O que ocorre hoje é o seguinte, a informatização que a gente está promovendo hoje esta resolvendo mais o problema operacional da agenda, antigamente você tinha que ligar num local para marcar consulta na agenda, hoje você vai por via sistema, então a gente está trabalhando mais neste suporte operacional, mas a partir de um segundo momento, quando o operacional já está informatizado, você começa a pegar subsídios para ter um suporte gerencial." (AN1 -Nível Central)

Ainda para o nível local, o HYGIA, quando alimentado, permite conhecer a distribuição das doenças nas diversas épocas do ano para a tomada de decisão em relação à situação de saúde da população na área de abrangência, evitando que se torne uma epidemia.

"Informação para tirar uma conclusão, se está ocorrendo ou não aquele fato, às vezes é muito barulho para pouca coisa, isso também é uma informação que você precisa utilizar o HYGIA para o que você considera estratégica para tomar decisão em relação a situação de saúde da população da área de abrangência." (G4-Nível Local - Unidade E)

"...a gente tenta colocar o diagnóstico, hipótese diagnóstica, e também se estão no programa ou não.

Essas informações são dadas aqui no posto, não sei se na Unidade X na hora que sai uma ficha se o paciente está incluído no programa de hipertensão daqui, se o pessoal tem essa ligação, o paciente é hipertenso, faz tratamento?" (G5-Nível Local - Unidade C)

"Fazer uma estatística para poder programar por exemplo que o pediatra vai trabalhar mais tal época do ano ... você vai saber o tipo de atendimento que está dando para a população em que época do ano ... você pode detectar se está tendo um aumento de número de casos de alguma doença, você pode ir levantando uma coisa antes que aquilo vire uma epidemia por exemplo." (G4-Nível Local - Unidade E)

"...é uma forma de você estar registrando o que você faz. Eu acho que isso é importante, ainda mais por causa da enfermagem, que não tinha esse hábito de estar registrando e para dados do futuro, se você quiser uma relação, vamos supor, de diabéticos, hipertensão, então eu acho que isso auxilia bastante." (G1-Nível Local - Unidade B)

O HYGIA também é utilizado na identificação do cliente, a fim de contactá-lo rapidamente através de carta ou telefone, comunicando o seu (re)agendamento de consulta ou outras situações.

"...às vezes os médicos pedem falta abonada em cima da hora então você tem que tentar avisar esses pacientes, tipo assim, é um retorno das informações que alimentamos o sistema, então você pode tirar uma carta para mandar pelo correio se der tempo." (G5-Nível Local - Unidade E)

"Você pelo HYGIA tem como localizar, identificar esse paciente, ver o endereço, entrar em contato." (G5-Nível Local - Unidade C)

Quando a unidade básica recebe reclamação sobre o atendimento a um cliente, através da Comissão Local de Saúde e/ou por processo administrativo vindo do nível central, é realizado pelo gerente uma análise dos fatos, confrontando as reclamações com a produção da unidade e tempo de espera para consulta/agendamento.

"...reclamação do 156 para respondê-la eu prefiro fazer assim, primeiro a gente visita a pessoa e depois faz um levantamento no HYGIA do Atendimento, na pasta, do que é que a pessoa tinha, porque não está anotado no HYGIA e aí você fica sabendo dos dias que ela veio ou se veio eventual ou marcado." (G2-Nível Local)

A característica do fluxo do sistema HYGIA é ascendente, à medida que os dados são produzidos, alimentados, processados na unidade básica onde ocorreu o atendimento ao cliente, e acessados diretamente no sistema. Alguns relatórios específicos de produção como: produção médica, odontológica e de enfermagem são enviados para os respectivos departamentos do nível central. Observamos que quem produz a informação são os trabalhadores do nível local, os quais registram as atividades no HYGIA, priorizando o número de procedimentos realizados, constando nos relatórios as horas trabalhadas, média de atendimento por profissional e quantidade de procedimento por categoria.

Para fins de produtividade e fatura, a Divisão de Informática e Estatística Vital encaminha relatórios para o Departamento Médico e o gabinete. Sendo que anualmente o Departamento de Planejamento envia para as unidades dados de produção.

A articulação do sistema HYGIA ocorre no preenchimento da Planilha do Projeto Floresce uma Vida, envolvendo a busca de dados do RN, da mãe, endereço, tipo de consulta, profissional que atendeu, vacina e Coleta do Teste do Pezinho. Essas informações são desencadeadas a partir do momento que o RN é cadastrado e agendado para consulta médica na Unidade Básica, no sistema HYGIA, feito diretamente no Hospital, quando esse nascimento ocorre no Hospital das Clínicas, na Santa Casa e na Mater. Para os nascimentos ocorridos nos outros hospitais do município o agendamento é feito por telefone.

Observamos pontos de interação entre o sistema HYGIA, o SINASC, o Projeto Floresce uma Vida, o Programa de Atenção à Saúde às Pessoas com Deficiência – Coleta do Teste do Pezinho, e o Serviço de Assistência Domiciliar, isto ocorre de forma fragmentada, na medida em que, cada qual solicita para a Unidade Básica um tipo de relatório manual contemplando as suas especificidades, mas que no conjunto, a assistência ao RN é simultânea, concomitante.

Durante o nosso período de observação em reunião do Exame do Teste do Pezinho, os trabalhadores da saúde e o coordenador desta atividade relatavam, após análise, que ao confrontar o total de exames coletados, registrados manualmente, este não coincidia com o total tirado do HYGIA.

"Hoje se você for pensar em termos de trabalho burocrático, o HYGIA está duplicando o trabalho burocrático na Unidade, porque ela tem que fazer tudo manualmente e depois estar transportando aqueles dados para o computador, para o sistema." (ENF9-Nível Central)

Presenciamos, na Unidade F e A, o registro da coleta do teste do Pezinho acompanhada do registro no HYGIA, bem como no relatório a ser enviado sobre as coletas ao coordenador desta atividade no nível central.

"Faço a recepção do RN no HYGIA, anoto os procedimentos realizados sobre o Teste do Pezinho e as orientações para a mãe. Anoto também em um livro ata chamado "Livro do Pezinho" a data da coleta, data de nascimento, nome da mãe, hospital e endereço." (ENF1-Nível Local - Unidade F)

Durante a reunião mensal do Teste do Pezinho, com a presença do coordenador desta atividade e representantes da rede básica (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos de enfermagem), observamos que foi decidido entre eles, continuar com as duas formas de registro dos dados, manual e informatizada, com a justificativa da inconfiabilidade dos dados tirados pelo Sistema HYGIA.

"...quando conseguirmos igualar os dois relatórios poderemos eliminar , por enquanto não dá. Mandamos uma comunicação interna, informando para não registrar duas vezes, por exemplo a Unidade X mandou 28 coletas no relatório mensal e 88 no HYGIA ... o erro está sendo por excesso." (M4-Nível Central)

A demora na resposta do computador no processamento dos dados foi uma das limitações apontadas para o uso do sistema HYGIA tanto para o nível local quanto central.

Durante o período em que estivemos realizando observação nas unidades (setores e atividades), tanto na UBS quanto na UBDS, presenciamos a reclamação dos usuários do sistema HYGIA sobre a lentidão do mesmo.

"Hoje o sistema tá muito lento, difícil de trabalhar, espero que amanhã esteja melhor." (AA1 - Nível Local - Unidade D)

" Prefiro como era antes, na mão." (AA2 -Nível Local - Unidade A)

"Hoje quando precisei do HYGIA para passar as fichas de vacina ele estava parado." (TE1-Nível Local - Unidade F)

O usuário reclamava dizendo que desde o início da manhã o sistema HYGIA estava fora do ar e que só depois de três horas e meia é que voltou a ficar interligado.

"Hoje como o sistema não funcionou tem muito atendimento para passar... antes quando não tinha este computador e ficávamos passando atendimento no outro da recepção os pacientes reclamavam, não entendiam o que estávamos fazendo... agora com este computador aqui nos revezamos para passar os procedimentos da FICHA HYGIA... dois ficam lá na frente (recepção) e um aqui (sala de arquivo de prontuário)... os agentes administrativos lá da frente fazem os agendamentos e a

recepção... no período da tarde são agendadas as especialidades que não temos aqui na Unidade aqui neste computador (sala de arquivo de prontuário) só passamos o atendimento." (AA3 -Nível Local - Unidade A)

Os usuários, principalmente, auxiliares de enfermagem e agentes administrativos queixavam-se da lentidão do sistema e somavam a este agravo o problema de serem obrigados a imprimir etiquetas para os exames laboratoriais, pois ao solicitarem no HYGIA a transação I ETIQUETA e ligar a impressora, esta ficava configurada para etiquetas, impossibilitando a recepção dos clientes e a impressão da FICHA HYGIA (a ficha de atendimento).

Este problema estava ocorrendo em todas as unidades. Era uma exigência dos Laboratórios frente a Secretaria Municipal da Saúde que os exames coletados na unidade fossem identificados através de etiquetas padronizadas e o HYGIA tinha esta opção, mas a impressora ora era padronizada para imprimir etiqueta, ora para imprimir FICHA HYGIA.

"...é preciso deixar as etiquetas prontas hoje, pois amanhã é complicado, muita gente, tenho que pregar as etiquetas nos exames de sangue, urina e fezes e de luva é difícil... antes deixava as etiquetas escritas na mão prontas junto com os pedidos... agora os pedidos ficam junto com os pacientes." (AE -Nível Local - Unidade D)

Existe um volume de dados no sistema HYGIA que tem limitado sua utilização, tornando-o lento nas respostas solicitadas ao sistema pelos usuários.

Nestas situações apresentadas o nível local constitui-se em um avaliador do referido sistema, a medida que os usuários realizam uma espécie de *feedback* com os supervisores do sistema no nível central, informando o que está acontecendo na performance do HYGIA, como por exemplo na demora para um agendamento e recepção de clientes, relatórios e outras aspectos que dificultam a organização do trabalho na unidade e causam desconforto aos clientes e usuários que ficam aguardando as soluções.

Outro aspecto a ser analisado está relacionado com os dados sobre morbidade, informação importante para o delineamento da situação de saúde da área de abrangência de uma Unidade Básica e Distrital, à medida que instrumentaliza a tomada de decisão frente ao processo saúde-doença, compreendendo suas determinações sociais em todos os campos de intervenção quando comparadas e analisadas dentro de um contexto.

Na saúde coletiva são necessárias habilidades epidemiológicas *“para examinar a população como um todo e selecionar indicadores diagnósticos mais apropriados para descrever os problemas de saúde existentes... e explicar sua determinação”* (VAUGHAN & MORROW, 1997, p.5) e desta forma, selecionar e direcionar quais as ações de saúde mais adequadas para as situações encontradas.

Com este enfoque a morbidade é uma situação que identificada abre possibilidades de questionamento de outros fatores envolvidos na saúde da comunidade, como: o porquê de estar presente a doença ou agravamento e como pode ser provido, estabelecendo como meta a melhoria da qualidade de vida da população.

Os usuários do HYGIA (nível local e central) pontuaram como uma das limitações do referido sistema, a ausência de codificação do diagnóstico (campo a ser preenchido na FICHA HYGIA durante o atendimento na Unidade), impossibilitando as estatísticas de morbidade o que, de certa forma, limita os trabalhadores da saúde que organizam a assistência da Unidade intra e extra muro no estabelecimento de prioridades diante dos enfrentamentos experimentados no cotidiano do trabalho.

"A alimentação do Sistema HYGIA tem sido muito mais para análise de produção para procedimentos do que para informação técnica do diagnóstico, esses dados não tem sido cadastrados." (ENF4 - Nível Local Unidade E)

"...antes do HYGIA você tinha aquele relatório que dava um resumo do prontuário, você tinha pelo menos quando o diagnóstico as vezes vinha rubéola, você sabia qual médico tinha atendido e qual dia tinha sido atendimento, hoje você não sabe mais nada disso eles não alimentam o sistema." (ENF5 - Nível Local - Unidade A)

"O HYGIA te dá um monte de informação de uma maneira muito pouco objetiva é um sistema difícil de lidar, no fim você tem que trabalhar tudo com o Sistema HYGIA de novo... o problema maior que eu vejo no sistema de informação é a alimentação pela base, pela unidade, que talvez não alimenta muito bem o sistema, tem um problema aí e esses dados chegam e são trabalhados o que faz com eles. Eles não voltam para as unidades." (M3 - Nível Central)

A Divisão de informática e Estatística Vital da Secretaria Municipal da Saúde vem investindo no treinamento de pessoal para codificação de morbidade na FICHA HYGIA, por outro lado, na rede básica, a prioridade é registrar no HYGIA o número do procedimento realizado. A codificação da morbidade ainda não foi viabilizada para a rede, entendemos que este tipo de registro exige determinação de uma periodicidade, preparo dos profissionais médicos, bem como de codificadores capacitados.

Outros campos como: medicação, encaminhamentos e programas também não são digitados, ora porque o agente administrativo e ou auxiliar de enfermagem não entenderam a letra do médico para entrarem com os dados no HYGIA, ora na Unidade está normatizado digitar apenas o número de procedimento, o que vem sendo justificado pelo volume de atendimentos realizados e horários de pico de funcionamento na Unidade.

No momento em que um destes dois níveis, local e central, precisam destas informações ou de outras como, atendimento de visita domiciliar com especificações do tipo de cliente atendido, Coleta do Teste do Pezinho, situação vacinal, relatórios, inscrição e inclusão e exclusão em programas, os usuários do sistema acabam não confiando nas informações contidas no HYGIA.

"Falando do código por exemplo do programa no qual se encaixa aquele atendimento de uma criança de pré-natal, puericultura, hipertensão devem ser marcados na FICHA HYGIA por um código e devem ser passados para o HYGIA, apesar da gente ficar em cima colocando do lado da mesa do profissional os códigos a serem preenchidos,

muita coisa passa sem ser registrado na FICHA HYGIA, o pessoal relaxa, na hora de passar para o HYGIA não passa, os problemas então na hora que o responsável na Secretária vai fazer levantamento do quanto de hipertensos ou aqui na Unidade a gente poderia analisar isto, aí você vê que a realidade não bate com os dados do HYGIA." (G4 - Nível Local - Unidade E)

Conforme já foi relatado aqui observamos que os trabalhadores de saúde nas Unidades Básicas e na Distrital utilizam-se do HYGIA contemplando a produção de atividades, utilização de informações quantitativas sobre total de horas trabalhadas, total de procedimentos realizados, média de atendimento, tornando-o sub-utilizado a medida que são priorizados dados com a finalidade de faturamento e remanejamento de trabalhadores em detrimento a outros tipos de análise que são possíveis de serem realizadas pelo HYGIA; como por exemplo o perfil dos clientes atendidos nas unidades, os principais problemas, a organização do sistema de referência e contra-referência a partir da hierarquização do sistema de saúde por níveis de complexidade

"...o HYGIA serve para instrumentalizar uma rotina para eu saber quantos pacientes estão agendados, para eu saber os dados estatísticos de produção, isto até aqui ele responde, mas eu acho que ele ainda responde muito pouco porque ele está sobrecarregado, ele está lento e esta dificultoso." (ENF 4 - Nível Local Unidade)

Mas por outro lado também é sinalizada a dificuldade que se tem para confiar nos dados do HYGIA devido a falta de alimentação dos dados como por exemplo:

"... eu cheguei a uma triste conclusão, os dados por mais que você fique em cima deles, eles não são fiéis ao que realmente acontece, é os números, você nunca anota a mais o que você fez, você deixa de anotar coisas que você fez..." (G2 - Nível Local Unidade D)

Os integrantes da Comissão Local de Saúde também cobram durante as reuniões a produção da Unidade, principalmente no que diz respeito ao número de médicos do quadro de trabalhadores.

Isto pode ser exemplificado pela fala de um dos gerentes:

"...na Comissão de Saúde, tudo que a gente conversa lá, a maioria das coisas que puder ser conversado com dados estatísticos é melhor, como por exemplo eles sempre quiseram o posto 24h em funcionamento, desde a primeira reunião, se eu disser isto é um absurdo, ... eles vão dizer que eu não estou vendo suas necessidades, então aos poucos, foi um trabalho lento mais que a gente foi mostrando... então estas coisas são trabalhadas em cima de número." (G2 - Nível Local - Unidade D)

"...para mim o objetivo era chegar na reunião da Comissão Local de Saúde e dizer olha nós vamos ter que ter paciência, calma, a luta vai ter que ser a médio e longo prazo, porque eles não vão repor, isto antes da crise financeira, agora a gente nem conversa em estatística, porque a gente sabe que a prefeitura não

vai nem repor ninguém, a gente tem que trabalhar para melhorar o que tem." (G2 - Nível Local - Unidade D)

Participamos de reuniões da Comissão Local de Saúde de duas Unidades A e D, visto que as outras unidades não tinham suas Comissões estruturadas.

Os aspectos relacionados aos recursos humanos e quantidade de atendimento aparecem nas duas Unidades, como na Unidade D quando um dos integrantes com a palavra relata:

"...o número de consultas foi alto, temos falta de ginecologia ... aumentou bem o movimento..."

e outro completa:

"...os médicos têm atendido 18 a 24 consultas, a média é 12 por 4 horas... não estamos conseguindo fazer as pessoas marcarem hora, tem tido muito eventual..."

Os integrantes da Comissão, representantes dos trabalhadores da saúde, logo em seguida apresentam a estatística mensal da Unidade que foi encaminhada para o Departamento Médico: número de dias para marcar caso novo, retorno, puericultura, ginecologia, pré-natal, etc.

Estas falas nos ajudam também a entender a pressão da população em querer o funcionamento 24h da unidade e a necessidade do trabalhador da saúde apresentar dados estatísticos para que juntos tomem providências. Historicamente a implantação desta referida Comissão Local de Saúde foi marcada por solicitações de funcionamento 24h da unidade e aumento do número de médicos.

Nesta análise é preciso entendermos que o modelo assistencial na rede básica de saúde está pautado no pronto atendimento (centrado na queixa e conduta) em detrimento das ações coletivas para o controle, prevenção e promoção da saúde, não avançando na superação da dicotomia entre a assistência para recuperação da saúde individual e ações coletivas.

Podemos observar que as limitações ora se direcionam para o tipo de trabalho desenvolvido pelos usuários dos sistemas que não entram com os dados no HYGIA, ora pelos que não preenchem a FICHA HYGIA. Outras estão ligadas à problemas mais técnicos sobre a capacidade de resposta do processamento dos dados pelo HYGIA, levando-o a ter característica como a lentidão nas respostas, sobrecarregamento de dados, duplicação de registros e sub-utilização, dentro do que ele pode receber e fornecer de dados.

E ao mesmo tempo é caracterizado como um sistema que possibilita a integração entre os outros sistemas, por estar instalado em nível local e estar *on line*, estar na porta de entrada do Sistema de Saúde, onde podem ser coletadas todas as informações, proporcionando a possibilidade de conter os outros sistemas de informação em saúde como o SIM, SINASC e SIVE.

O processo de implantação deste sistema não vem se dando de forma harmônica, inúmeros problemas vêm se colocando no desenvolvimento e consolidação do sistema na rede municipal da saúde. Estes, entre outros, referem-se à utilização do programa pelos usuários do sistema (equipe local de saúde, gerentes, nível central) no que diz respeito ao leque de alternativas de recursos que o modelo oferece; à funcionalidade

do sistema (capacidade e tempo de resposta) a qual tem sido obstáculo no avanço de sua utilização, a compreensão pela equipe de todo o recurso disponível no sistema para tomada de decisão no nível local.

Outro ponto presente, não apenas no município de Ribeirão Preto, e que merece um maior aprofundamento em sua análise diz respeito à organização do serviço de informações elaborado para o atendimento de necessidades específicas de financiamento e controle do sistema de saúde. Assim, temos observado que os órgãos que financiam o sistema de saúde contemplam os registros de dados com a finalidade do faturamento e pagamento, prevalecendo para tanto o número de registros de produção médica, de enfermagem, de odontologia, vacinação e curativos, privilegiando a sistematização do quantitativo de procedimentos prestados por estes profissionais na rede de saúde.

Cabe aqui salientar que os outros conflitos também estão presentes e referem-se à introdução de uma nova tecnologia, agora com recepção da clientela nas Unidades Básicas e Distritais de Saúde dentro de um serviço informatizado, requerendo por parte dos profissionais escalados nessa atividade, a tarefa de substituir seus manuscritos pela digitação dos dados referentes ao atendimento da clientela, podendo com isto alterar suas relações de trabalho. Assim, a introdução deste sistema informatizado colocou um desafio para os profissionais da saúde, a (re)organização das atividades e dos papéis da instituição na prestação do atendimento médico sanitário. Outro fator importante está relacionado

com a rapidez, atualidade e sistematizações dos dados que facilita, em muito, a tomada de decisão no nível local.

Entendemos a necessidade de um sistema informatizado, que contribua com a interligação dos diversos sistemas e que tome como base de informações as características da região, grupos de risco, tamanho da população e sua distribuição, perfil de morbidade e mortalidade, distribuição do fluxo de atendimento, enfim, informações inter e intra-estruturais que permitam, no nível local a tomada de decisões.

Dificuldades e complexidades estão presentes em relação ao Sistema Integrado:

“(...) esperamos superar aquela classificação deste sistema como de mera ‘produção de serviços’, explorando o seu potencial epidemiológico e também avançando bastante com a sua unificação (...) por exemplo, poderemos cruzar dados do Sistema HYGIA, dos sistemas de mortalidade, vigilância, SINASC e outros: mesmo que a curto e médio prazo tal cruzamento não se faça com os melhores recursos computacionais atualmente disponíveis” (PEREIRA & MANÇO, 1995, p.49.).

A atual forma de produção e utilização das informações está voltada para o modelo do atendimento individual, ou seja, a do pronto atendimento, que privilegia *a priori* o registro da produção médica, produzindo, portanto, relatórios estatísticos também direcionados para este modelo assistencial.

No momento, o Sistema de Informação do nível central da SMS-RP trabalha também com o sistema de microinformática na produção de informações ambulatoriais (SIA-SUS) e concomitantemente com dados

produzidos pelas Unidades Básicas de Saúde através do Sistema HYGIA, atravessando um momento de transição na reorganização de seu serviço.

No Relatório Interno do 1º Seminário Integrado da Secretaria Municipal de Saúde em 1995, consta no resumo e conclusões, duas propostas relativas ao Sistema de Informação na SMS-RP, ou seja:

“☞ Integração do Sistema HYGIA com outros serviços (HCFMRP-USP, Hospitais Conveniados, ARE, Laboratórios, etc.)

☞ Retorno dos dados estatísticos para avaliar resolutividade (ex.: consumo de material X demanda da Unidade) encaminhamentos e utilização dos serviços disponíveis.” (RIBEIRÃO PRETO, 1995c, p.4)

Estas propostas foram, discutidas pelas partes interessadas no ano de 1997. Algumas articulações do sistema HYGIA, através da SMS com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP foram propostas e estão sendo desenvolvidas, no sentido de estabelecer os módulos do programa que são importantes para o acesso aos equipamentos que viabilizem esta integração.

Para superar as limitações do HYGIA o nível local propôs:

- utilizar o sistema de forma padronizada no preenchimento de todos os campos da FICHA HYGIA para que seja valorizada a informação no momento da utilização;
- necessidade de articulação do HYGIA com o SINASC e com o SIM na condensação dos dados;
- melhorar a qualidade dos dados, tais como: atualização de endereço e possibilidade de exclusão do paciente do programa;

- utilizar o HYGIA para avaliar a qualidade das ações desenvolvidas nos programas.

E o nível central:

- incluir na FICHA HYGIA campos que indiquem a situação vacinal do paciente;
- disponibilizar treinamento de microinformática para usuários de modo geral, colocando a cultura da informática e a linguagem da informática;
- mudar o ambiente do sistema HYGIA de proprietário, que é uma tecnologia antiga restrita à poucas pessoas e a poucos fornecedores, para uma tecnologia mais aberta onde terá mais fornecedores e mais condições das pessoas interagirem com o sistema;
- organizar os dados de morbidade.

Estas sugestões sinalizam as possibilidades de potencializar a utilização deste sistema e facilitar sua articulação com os outros existentes, evidenciando que é possível rever as práticas de saúde desenvolvidas no nível local e desencadear processos de mudança na organização do modelo assistencial, através do conhecimento e enfrentamento de ruídos e falhas existentes no processo do agir em saúde.

CAPÍTULO 4

Os sistemas públicos de
informação em saúde subsidiando a
construção do SUS e a
municipalização da saúde

CAPÍTULO 4 – OS SISTEMAS PÚBLICOS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE SUBSIDIANDO A CONSTRUÇÃO DO SUS E A MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

Após termos apresentado os resultados desta investigação, que possibilitaram analisar a tomada de decisão no nível local, subsidiada pelos sistemas de informação em saúde de forma separada, passamos agora a fazer uma síntese dos resultados, articulando-a aos princípios do Sistema Único de Saúde, e à municipalização, conforme apontado no quadro teórico.

Os resultados encontrados não esgotam as proposições, mas à medida que o objeto em estudo ia se iluminando, outros problemas iam se colocando e demandando outras reflexões. Portanto, este complexo objeto, informação em saúde e tomada de decisão no nível local, começa a ser construído e ao mesmo tempo a apontar outras vertentes para estudo.

Isto posto, há necessidade de salientar a diferença entre o conceito de gestão e gerência constante na NOB 96, no processo de descentralização do SUS. A **gestão** significa apropriar-se do comando do sistema, o que é de exclusiva competência do poder público, sendo os possíveis gestores do SUS o prefeito e secretário municipal de saúde, o governador e secretário estadual de saúde, o presidente e ministro da saúde, representando, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal. A **gerência** tem a responsabilidade pela administração de uma unidade ou órgão de saúde; desta forma, a

gerência de estabelecimentos prestadores de serviços pode ser estatal ou privada, sendo que a privada deve ser conveniada ou contratada.

Neste movimento de municipalização da saúde, gestão plena, os municípios, segundo ROCHA (1999), representam o setor mais dinâmico de saúde no Brasil, sendo vanguarda do SUS, no sentido de pensar a saúde em marcha na identificação das carências e dificuldades, rumo a um modelo que garanta a integralidade e continuidade da assistência.

MOTA (1999) também salienta que a NOB 96 traz para o município a incorporação de novas e mais complexas tarefas de organizar sistemas locais, melhorar sua qualidade e oferecer serviços que atendam necessidades coerentes com o quadro epidemiológico e as condições de vida da população.

Isto tudo requer, através de informações, a identificação de situações e as possibilidades de intervenções e ações na tomada de decisão.

Dentro das especificidades da gerência, da gestão e da participação da população nas decisões na área da saúde, a informação em saúde é relevante ferramenta nos processos de gerir as ações de saúde.

Acreditamos, como dizem SCHRAIBER *et al.* (1999), que os gestores dos vários níveis sempre se envolveram com uma dada política assistencial, implantando uma certa organização da produção dos serviços de acordo com as diretrizes do SUS, buscando a integralidade das ações no planejamento e avaliação e, por meio do modelo assistencial, a máxima qualidade técnico científica e viabilidade econômica e financeira da produção.

No processo de municipalização, os avanços tecnológicos na área da informação trouxeram para a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto maior disponibilidade de computadores, grande capacidade de processamento de dados, maior facilidade de acesso, profissionais mais habilitados no manuseio de máquinas e programas, utilização de informações para a tomada de decisão, na identificação de situações e intervenções, no apoio ao planejamento, na organização do serviço.

Na rede básica há um processo produtivo de trabalho que tem por finalidade a assistência individual, assistência coletiva e a participação dos trabalhadores da saúde e da comunidade no planejamento e avaliação dos serviços, através das instâncias de representação para o controle social, articulado com os princípios e diretrizes organizativos do SUS, e tudo isto pode ser desenvolvido tendo como suporte os sistemas de informação em saúde.

Concomitantemente com a construção dos sistemas de informação em saúde no município, uma nova dinâmica foi se apresentando na rede básica de saúde, emergindo a necessidade de um agente para possibilitar a coordenação das ações de caráter individual e coletivo, de tal forma que se tornasse viável a articulação da Unidade interna e externamente, tendo ocorrido o início de implantação do gerenciamento local das Unidades a partir de julho de 1993.

Na década de 70 e início da de 80, movimentos organizados começaram a discutir os pontos principais da (re)organização do sistema de saúde brasileiro, culminando com a Reforma Sanitária, e levando à

implantação de grande número de sistemas de informações em saúde no nível nacional, influenciando também a organização destes sistemas no nível municipal de Ribeirão Preto - sistemas estes que atendessem à necessidade de subsidiar a implantação de um modelo assistencial direcionado para a integralidade das ações, através da coleta de informações de natureza epidemiológica e sócio-econômicas, atuando como instrumento no enfoque dos problemas de saúde da população e contribuindo na solução dos mesmos.

O processo da Reforma Sanitária trouxe discussões importantes sobre o Sistema de Informações, enquanto instrumento para possibilitar a (re)organização dos serviços de saúde, tomando como base de informação as características da região, grupos de riscos, tamanho da população e sua distribuição, perfil de morbidade e mortalidade, distribuição do fluxo de atendimento, enfim, informações inter e intra-estruturais, que permitam a tomada de decisão.

Assim, através da descentralização dos serviços, é possível superar a dicotomia entre assistência para recuperação da saúde individual e ações coletivas para o controle, prevenção e promoção da saúde no nível da população, rumo à integralidade das ações.

Na área da saúde, a implantação de sistemas de informações voltados para o processo saúde-doença (informações de natureza epidemiológica e sócio-econômicas), necessárias para o planejamento, organização e avaliação da assistência na rede básica de saúde, é recente e teve início no processo de descentralização da saúde, quando o

município passou a incorporar as tecnologias na organização dos serviços, assumindo novas funções.

No sentido de representar a realidade heterogênea e desigual das regiões, os sistemas de informação precisam conter informações desagregadas sobre as condições de vida e saúde e os diferentes riscos, no interior do município, por distritos e áreas de abrangência das Unidades Básicas, para que possa ser analisada pelos gerentes, gestores e clientes envolvidos com o processo de construção do SUS, no momento da tomada de decisão.

Este processo caracteriza os sistemas de informação estudados em fase de construção, sinalizando possibilidades de ser utilizado como uma ferramenta analisadora dos processos de produção dos serviços de saúde, destacando a tomada de decisão nos processos de intervenção e planejamento das ações e (re)organização dos serviços. Ou seja, as informações nos ajudam a apreender coisas novas, fazer estranhamento diante de situações rotineiras, possibilitando tornarmos sujeitos ativos e atores no agir em saúde.

Analizamos que a utilização dos sistemas de informação estudados não depende, exclusivamente, da condição de ter acesso aos dados, mas depende também de que conhecimento os usuários da informação têm do serviço, como os vários setores se integram, qual a necessidade de informação e qual a lógica de organização da atenção à saúde, qual é a resolutividade do serviço e, ainda, se cada um, em seu autogoverno, tem projeto com a finalidade de modificar as situações ruidosas identificadas

através das informações. A tomada de decisão envolve várias etapas simultâneas: desde a percepção da existência de um problema, sua identificação, produção de conhecimento, até envolvimento de outras áreas, análises, melhor caracterização do problema, proposta de alternativas de soluções, os impactos de cada alternativa, intervenção e avaliação.

Trazer novamente estas discussões nos ajuda a introduzir considerações importantes a respeito dos quatro sistemas de informações estudados.

O Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica foi descentralizado no final da década de 80, acompanhando o movimento de (re)organização dos serviços de saúde deste município, através da municipalização da saúde, parte de um processo de descentralização política, técnica e administrativa do sistema de saúde, onde vai-se conformando uma nova organização tecnológica do processo de trabalho em saúde.

Este sistema no nível municipal apresenta-se como algo novo, em construção, com movimentos de produção da informação da periferia do sistema, ou seja, da área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde para a Unidade Distrital.

O fluxo ascendente de informações entre Unidade Básica e Unidade Distrital só ocorre com o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica. As informações produzidas pela UBS ficam centralizadas na UBDS, onde existe um serviço de Vigilância Epidemiológica. Em relação aos outros três sistemas de informação estudados, não há um fluxo estabelecido da Unidade com a Distrital.

O retorno dos dados produzidos pelo nível local se dá através do Informe Epidemiológico (tabela com casos confirmados de alguns agravos, segundo Distrito de residência; tabela com casos confirmados de alguns agravos, segundo mês de notificação e acumulado do ano), o qual tem periodicidade mensal e é enviado pelo nível central. Os dados contidos no Informe não foram utilizados na tomada de decisão pelos usuários do nível local, mas existe uma potencialidade destas informações instrumentalizar a prática de saúde pública, sendo, portanto, fonte de dados sobre a realidade epidemiológica do município, o que possibilita contribuir para avanços na promoção da saúde da população.

O serviço de Vigilância da Distrital através das notificações enviadas pela UBS sistematiza as ações para o acompanhamento dos casos notificados, bem como decidem quais as ações necessárias na resolução do problema.

O tipo de modelo de atenção à saúde desenvolvido na rede básica, voltado para o modelo de assistência médica individual, privilegiando o pronto atendimento, tem pouca necessidade de informações epidemiológicas para instrumentalizar as ações, pois fica desarticulado da situação de saúde da população de sua área de abrangência, utilizando apenas informações registradas no prontuário individual do cliente, o qual contém dados sobre o seguimento, resultados de exames, sinais e sintomas que subsidiaram a conduta clínica. Assim, os dados registrados no prontuário deveriam ser confrontados com a situação epidemiológica da área de abrangência da unidade.

Por outro lado, para que ações de caráter coletivo possam ser desenvolvidas no nível local, subsidiadas pelo sistema de informação em Vigilância Epidemiológica, é necessário contar com trabalhadores capacitados, treinados, a fim de garantir qualidade nas ações desenvolvidas, tendo em vista as especificidades deste tipo de trabalho.

As ações de coordenação, controle e intervenção estão também centralizadas no serviço de Vigilância Epidemiológica da Distrital, o que pode ser generalizado para os cinco Distritos de Ribeirão Preto.

Esta descentralização no nível da Unidade Distrital evidencia o movimento de descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica, bem como dos Sistemas de Informação, processos estes que tiveram início com a municipalização da saúde, mas podem ser mais articulados com as Unidades abrangentes da Distrital.

Os Sistemas de Informação de Mortalidade, de Informação de Nascidos Vivos e de Informação Ambulatorial Informatizado são mais recentes, datados da década de 90 – a chamada “era da informação”.

Quanto ao sistema de mortalidade, os trabalhadores da rede básica desconhecem o perfil de mortalidade da sua área de abrangência, referindo que a informação não chega até à Unidade Básica, nem de forma oficial, nem de outra forma.

Os trabalhadores da rede básica desconhecem o processamento dos dados de mortalidade realizados no nível Central e apontam que as informações são produzidas no Hospital e que para a Unidade Básica as informações sobre a ocorrência dos óbitos chegam verbalmente e de forma

informal através da população. No entanto, o nível central acredita que os dados de mortalidade são utilizados pela rede básica na avaliação das suas Unidades, evidenciando uma contradição entre a visão dos trabalhadores do nível local e os do nível central e desconhecimento do que se realiza em cada nível, demonstrando a necessidade de reverter esta lógica, desagregando os dados por UBS e articulando este sistema com o HYGIA.

A Divisão de Informática da SMS encaminha as Declarações de Óbitos para a Vigilância Epidemiológica, com a finalidade de serem confrontadas com os dados das Fichas Epidemiológicas e para o Comitê de Morte Materna nos casos de óbitos de mulheres em idade fértil. A relação de natimortos também é encaminhada, periodicamente, ao Projeto Floresce uma Vida.

Estas articulações reforçam a idéia de que as informações sobre mortalidade circulam nos setores centrais da SMS, através de Programas, Projetos e Comissões, informações importantes no estabelecimento do perfil de mortalidade no município e nas ações de gestão, no planejamento de intervenções direcionadas às ações de caráter coletivo na população.

A forma agregada de apresentação dos dados de mortalidade por subsetores no município de Ribeirão Preto dificulta a avaliação da ocorrência desses óbitos por área de abrangência das unidades básicas.

A rede básica vem se organizando, privilegiando ações de caráter curativo, ainda presa nas questões internas da unidade, ou seja, na organização do modelo médico assistencial individual em detrimento das ações de caráter de promoção da saúde e prevenção de enfermidades.

Este modelo assistencial não vem favorecendo a utilização dos dados de mortalidade em seu conjunto, à medida que existe uma política de manutenção das ações curativas pelos autogovernos em exercício.

Reverter essa situação significa abrir mão de processos de trabalho que não produzem abertura de novas possibilidades de agir em saúde, ou seja, a expectativa é de que, além de revelar as disfuncionalidades do cotidiano dos serviços, esta informação possa também ser uma ferramenta analisadora e reveladora das falhas das ações de saúde (através de estranhamentos) para a tomada de decisão, ações de intervenção e de planejamento do modelo assistencial voltado para a integralidade.

O SINASC-RP contribui com os dados demográficos, à medida que faz a notificação de nascimentos ocorridos no município por subsetor, e condições de nascimento, através da Declaração de Nascido Vivo, o que vem possibilitando conhecer informações mais abrangentes, atualizadas e fidedignas sobre os nascimentos do município, viabilizando o início da vigilância ao recém-nascido de alto risco pelo Projeto Floresce uma Vida.

A planilha do Projeto Floresce uma Vida mostra-se importante fonte de informação para as ações de atendimento ao binômio mãe-filho e família, apontando questões que protocolam alguns direcionamentos mínimos para o desenvolvimento do trabalho voltado para o acompanhamento e crescimento desse RN no contexto familiar, bem como ampliando o conhecimento do perfil demográfico do município, colaborando na elaboração de programas a serem implantados e implementados na Secretaria Municipal da Saúde.

O setor de vacina para o SINASC é um espaço, dentro da Unidade Básica, que cria uma integração das informações relativas ao RN, à medida que mesmo com convênios privados de saúde, os pais procuram a sala de vacina da rede pública.

Por outro lado, observamos que a coleta do Exame do Teste do Pezinho, vem ampliando gradualmente a cobertura da busca do RN a partir das UBS. Há um compromisso formalizado dos responsáveis pelo RN em comparecer à unidade para a referida coleta. As orientações e assinatura dos responsáveis pelo RN, no Termo de Compromisso, são realizadas dentro do hospital.

Essas falas apontam para a rede de petição e compromisso destes usuários da informação em saúde, que, através de uma técnica de Coleta de Exame e aplicação de vacina, detectam ruídos no processo de trabalho, fazendo estranhamento e buscando resolver as demandas do serviço de tal forma a transformar seu cotidiano.

A reunião do Projeto Floresce uma Vida, um espaço de encontro dos usuários da informação em saúde do nível local com os coordenadores de Programas e de Projetos do nível central, promove, através de discussões, a integração destes dois níveis, articulação do Programa de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência, Núcleo de Aleitamento Materno e Serviço de Assistência Domiciliar. Esta situação de encontro dos usuários da informação promove um certo trabalho em equipe, contemplando a interação entre os sujeitos que trocam informações sobre o RN, com a finalidade de melhorar a

qualidade de vida da comunidade, através da busca ativa e da identificação das situações de risco, para a tomada de decisão e ações de intervenção.

Este sistema de informação possibilita a construção do modelo de atenção que privilegia a integralidade da assistência no nível local, superando a dicotomia entre assistência para recuperação da saúde individual e ações coletivas para o controle, prevenção e promoção da saúde no nível da população.

Assim, a questão do Serviço de Assistência Domiciliar – SAD da SMS estrutura-se também em visitas domiciliares ao RN, através das declarações de nascidos vivos, ampliando a assistência para o binômio mãe-filho e a família.

Parece que as informações sobre os nascidos vivos que chegam do nível central da SMS para o nível local da SMS, através da produção de demanda da DNV, determinam uma certa característica às visitas domiciliares realizadas, ou seja, no momento de planejar as visitas domiciliares os RN são priorizados em relação aos outros clientes.

Detectamos, durante nossas observações nas unidades básicas, que os usuários da informação do SINASC, no cotidiano de seu trabalho, algumas vezes não têm clareza da finalidade dos registros e articulações com os programas.

O modelo de assistência individual na rede básica imprime uma certa característica de utilização dos sistemas de informação. Neste caso, nos parece que o SINASC é um sistema público de informação em saúde que evidencia possibilidades de reverter a lógica deste modelo, trazendo

para o nível local informações capazes de sensibilizar os usuários destas informações a posicionarem-se na organização de prioridades de assistência a este grupo de clientes (RN). Ou seja, o sistema de informação recebe influência e influencia a maneira como é organizada e prestada a assistência à saúde.

O SINASC é um instrumento que dá início à busca ativa de RN através do Projeto Floresce uma Vida, do Programa de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência (Exame do Teste do Pezinho), que estão diretamente ligados às ações da Unidade Básica tais como visita domiciliar, vacina, Teste do Pezinho, primeira consulta, estimulação precoce, seguimento na puericultura, possibilitando a assistência integral, articulando pessoas, profissionais da saúde entre vários setores de saúde do município (Hospital, UBS, UBDS, Programas, Nível central, coordenação de programas e Departamentos).

O Sistema de Informação Ambulatorial Informatizado, o HYGIA, é constituído por um grande volume de informações processadas no nível local e é acessado em toda rede básica e no nível central, envolvendo muitos usuários, estabelecendo um perfil de acesso aos usuários, caracterizando-o como um sistema *on-line* e aberto. A alimentação deste sistema é realizada pelos agentes administrativos em operações rotineiras do HYGIA; por auxiliares e técnicos de enfermagem no registro das atividades realizadas na sala de vacina, sala de curativo (curativos mais complexos), visita domiciliar e Exame do Teste do Pezinho; pelo enfermeiro no registro de vacina, teste de prognóstico e visita domiciliar;

e pelo gerente, nas atividades de detalhamento e avaliação da produção, principalmente a produção médica.

Este sistema possibilita cadastrar as informações dos clientes atendidos na rede básica, dentro de uma seqüência temporal, proporcionando, quando alimentado e de forma correta, informações sobre a vida da pessoa. Basicamente, o HYGIA centraliza-se na produção estatística por procedimento, por unidade, por profissional e por Programas, com a finalidade de remanejamento de pessoal e faturamento para repasse de verbas, com enfoque nos procedimentos médicos. A produção destes dados instrumentaliza a redistribuição de recursos humanos nos diversos períodos da Unidade de Saúde, bem como entre Unidades.

Através do HYGIA é possível a reorganização da agenda eletrônica da unidade pelo gerente, detectando falhas em relação aos agendamentos e redistribuição de vagas aos clientes, conforme o tipo de consulta.

O cadastramento das vacinas no HYGIA, a verificação da aplicação da vacina, a detecção de situações que levam a oportunidades perdidas para vacinação, elaboração de estatísticas, convocação de faltosos e o acompanhamento da imunização nas unidades da rede básica de saúde, evidencia o HYGIA como um sistema potencial para articular as várias informações produzidas no cotidiano das unidades.

Os dados referentes à morbidade estão contidos no banco de dados do sistema HYGIA, no módulo do prontuário eletrônico, mas não há sua respectiva codificação. E o que temos observado são registros de sinais e sintomas, os quais não refletem a realidade da saúde da comunidade.

Outra utilização do HYGIA é na ocorrência de reclamações sobre o atendimento a um cliente, através da Comissão Local de Saúde e/ou por processo administrativo vindo do nível central. É realizada pelo gerente uma análise dos fatos, confrontando as reclamações com a produção da unidade e tempo de espera para consulta/agendamento, registrados no HYGIA.

Observamos articulação entre o HYGIA, o SINASC, o Projeto Floresce uma Vida, o Programa de Atenção à Saúde às Pessoas com Deficiência – Coleta do Teste do Pezinho, e o Serviço de Assistência Domiciliar, mas isto se dá, ainda, de forma fragmentada e a unidade realiza duas formas de registro diferentes, manual e informatizada.

O HYGIA tem a possibilidade de se integrar aos outros sistemas, por estar instalado em nível local e estar *on line*, estar na porta de entrada do Sistema de Saúde, onde podem ser coletadas todas as informações, proporcionando a possibilidade de conter os outros sistemas de informação em saúde como o SIM, SINASC e SIVE.

A demora na resposta do computador no processamento dos dados foi uma das limitações apontadas para o uso do sistema HYGIA, tanto para o nível local quanto central.

Várias foram as sugestões que sinalizaram as possibilidades de potencializar a utilização destes sistemas e facilitar suas articulações com os outros existentes, evidenciando que é possível rever as práticas de saúde desenvolvidas no nível local e iniciar processos de mudança na organização do modelo assistencial, através do conhecimento e enfrentamento de ruídos e falhas existentes no processo do agir em saúde.

Precisamos olhar para a realidade do município com um enfoque epidemiológico e social, ou seja, com informações desagregadas e precisas nos diferentes espaços do município, que façam sentido para os usuários e sejam poderosas ferramentas no processo de construir saúde, identificando falhas e intervindo no processo do trabalho em saúde e planejando outros modos de produzir saúde, através da tomada de decisão.

Diante do exposto, e retomando os pressupostos desta investigação, que, em síntese, afirmam que as informações em saúde respondem aos objetivos e finalidades dos serviços de saúde e se integram com os planos de governo nos diferentes níveis; que os sistemas de informação em saúde são ferramentas para a tomada de decisão da gerência na rede básica, na construção do modelo assistencial voltado para a integralidade da assistência, os resultados do trabalho confirmam que:

] no município de Ribeirão Preto as informações em saúde estão organizadas em sistemas de informação, acompanhando o movimento de municipalização da saúde que se refere à produção dos dados, o SIM é processado desde a coleta até sua utilização na tomada de decisão pelo nível central da SMS.

] os outros três sistemas estudados, SIVE, SINASC e HYGIA têm seus dados coletados na rede básica, sendo os dados do SIVE processados e utilizados na tomada de decisão do nível distrital, contemplando ações de caráter individual e coletivo. Quanto ao SINASC, todo o processamento dos dados é desenvolvido no nível central da SMS e utilizado nas UBS na tomada de decisão em direção

às ações de intervenção voltadas para o modelo assistencial de integralidade da saúde. O HYGIA é produzido na rede básica e utilizado na tomada de decisão, instrumentalizando, principalmente, o pronto atendimento e o controle estatístico de produção de procedimentos.

] a descentralização dos sistemas de informação é um processo recente para o município, e data do final da década de 80 e início da de 90.

] para a tomada de decisão na rede básica de saúde, a articulação entre os quatro sistemas estudados é necessária para a tomada de decisão que subsidie as ações do modelo de integralidade da assistência. Assim o SINASC foi o sistema de informação mais articulado com os outros sistemas, bem como setores e programas da SMS. O HYGIA é um sistema de informação que agiliza a tomada de decisão e integração com os outros sistemas, setores e programas, mas tem sido sub-utilizado.

Quanto ao tipo de análise desenvolvida pela gerência, os sistemas de informação em saúde revelaram que a tomada de decisão se baseia no tipo básico operacional, a qual está mais ligada ao conjunto de dados que ainda não foi processado, bem como as gerenciais ou táticas que associam informações internas e externas. Ambas caracterizaram a utilização dos sistemas de informação em saúde para tomada de decisão, na maioria das vezes, em situações normatizadas e de rotina, na correção de problemas mais administrativos. Na análise estratégica, as informações são mais apuradas dentro de objetivos estratégicos,

informações estas que apoiam a tomada de decisão para uma ação política, no nível de gestão da saúde no município.

Ao nosso entender, a forma como vem sendo trabalhado e utilizado o SINASC proporciona a tomada de decisão do tipo estratégico, influenciando significativamente a produção de saúde no nível local e subsidiando a organização do modelo assistencial para a integralidade das ações à medida que promoveu interação entre os vários usuários deste sistema e vários programas e ações de prevenção e acompanhamento em saúde.

Retomando o que SANCHES (1997) explica sobre os sistemas de informação gerencial, enquanto estrutura piramidal integrada por três segmentos, e fazendo uma analogia com nossa investigação, temos que na rede básica, segmento inferior da pirâmide, os dados utilizados estão relacionados ao cotidiano da produção das ações de caráter mais operacional, subsidiadas pelo sistema HYGIA e SINASC. No segmento intermediário, representado pelo Distrito na utilização do SIVE, as informações estão integradas ao apoio do planejamento às decisões de caráter tático, visto que o serviço de Vigilância Epidemiológica do Distrito desenvolve as ações subsidiadas pelas informações internas e externas para a tomada de decisão. O segmento superior, representado pelo nível central da SMS deveria utilizar-se de todos os quatro sistemas estudados, enquanto informações gerenciais, dando apoio para a formulação de políticas, planos e decisões de caráter estratégico.

Como o objeto deste estudo é a tomada de decisão, na ponta do sistema de saúde, não foi contemplada a dinâmica da tomada de decisão frente às políticas contemporâneas do município. Este nível decisório das políticas públicas de saúde demanda uma continuidade deste estudo.

Anexos

Anexo 1

Anexo 2

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

288

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP - 002/99

Ribeirão Preto, 1 de junho de 1999.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo:

Protocolo: nº 0003/1999
Projeto: OS SUBSISTEMAS PÚBLICOS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NA TOMADA DE DECISÃO NO NÍVEL LOCAL
Pesquisadores: Profª Drª Maria Cecília Puntel de Almeida (orientadora)
Profª Ione Carvalho Pinto (orientanda de doutorado)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Marli Villela Mamede
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmª Srª

Profª Drª Maria Cecília Puntel de Almeida

Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo 3

OF. 1916/98 - GS
RAS/ras

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo

290

Secretaria da Saúde

Ribeirão Preto, 15 de julho de 1998.

Prezada Senhora,

Em resposta ao seu ofício de 25 de junho de 1998, informamos que fica autorizada a solicitação nele contida, devendo entrar em contacto com a Diretora do Departamento de Enfermagem desta Secretaria para maiores esclarecimentos.

Aproveitamos a oportunidade para apresentar nossos protestos de distinta consideração e elevado apreço.

Atenciosamente,

DR. PEDRO A. DE AZEVEDO MARQUES
Secretário Municipal da Saúde

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROFª DRA. MARIA CECÍLIA PUNTEL DE ALMEIDA
PROFª TITULAR JUNTO AO DEPTO. DE ENFERMAGEM MATERNO
INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Anexo 4

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

"CAMPUS" DE RIBEIRÃO PRETO

TELEFONE: 602-3391 - TELEX (0166) 354 - FAX (016) 633-

3271 ou 630-2561

CEP: 14040-902 - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

Prezado(a) Senhor(a): _____

Cidade: _____ Endereço: _____

Estamos desenvolvendo o projeto de doutorado – "*Os subsistemas públicos de Informação em saúde na tomada de decisão no nível local*". A temática central desta investigação e a informação em saúde enquanto instrumento da tomada de decisão na rede básica pública municipal de saúde de Ribeirão Preto.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação nesta entrevista, o que nos possibilitará dar sequência ao desenvolvimento desta investigação.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações / opiniões emitidas por você serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação que você julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação quanto a participação nesta pesquisa para que possamos agendar sua entrevista.

Atenciosamente,

Prof^a Ione Carvalho Pinto

Professora Assistente do Departamento de
 Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
*Pós-Graduada do Programa Interunidades de
 Doutorado*

Prof^a. Dr^a. Maria Cecília Puntel De Almeida

Professora Titular do Departamento de Enfermagem
 Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de
 Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Orientadora

Eu, _____

Aceito participar da entrevista do projeto de Pesquisa "*Os subsistemas públicos de informação em saúde na tomada de decisão no nível local*", em data e local marcados antecipadamente, e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados tratados sigilosamente.

_____ de _____ 1999.

 Assinatura

Anexo 5

ANEXO 5

Roteiro de Observação

Os quatro subsistemas de informação: HYGIA, SIM, SINASC e SIVE

Unidade:

Data:

Hora de início: Hora de término:

Descrever:

- ☞ quais os subsistemas de informação em saúde utilizados
- ☞ quem os utiliza
- ☞ em que situações são utilizados
- ☞ a finalidade da sua utilização
- ☞ fluxo que ocorreu
- ☞ o que gerou de resultados
- ☞ qual a relação entre os subsistemas
- ☞ qual a divulgação
- ☞ o acesso às informações
- ☞ articulação do que é utilizado na unidade com os outros níveis da Secretaria (Central – Distrital)

Anexo 6

Roteiro de Entrevista – Projeto Doutorado
Gerentes e enfermeiros

Entrevistador:

Entrevistado:

Formação:

Local de Trabalho:

Cargo:

Tempo de Trabalho no Cargo:

Data:/...../..... Início: Término:

Primeira Parte

Como é seu trabalho na gerência da unidade em relação aos subsistemas de informação SINASC, HYGIA, SIM e SIVE?

O que você faz em seu trabalho de gerente que possa relacionar suas atividades com o sistemas de informação quanto a: sua produção, utilização, fluxo, integração, finalidade, acesso, disponibilização, fluxo, integração, compatibilização e acesso

Em relação ao conteúdo da Informação

A) Disponibilização da informação em saúde: para a tomada de decisão/gerência

☞ Tipo de informação para sua tomada de decisão

☞ Quantidade desta informação

☞ Periodicidade da informação

☞ Fonte da informação

B) Geração da informação no nível local

☞ Informações geradas

☞ Fluxo da informação

☞ Articulação da informação gerada com os subsistemas de informação em saúde – SIM, SINASC, SIVE, Hygia

☞ Utilização na tomada de decisão

⇒ Utilização na organização do atendimento

C) Finalidade da Informação e o momento de sua utilização

⇒ Tipo de decisão

- ♦ Programada
- ♦ Não programada

⇒ Utilidade no seu trabalho /suporte

D) Processo de tomada de decisão

⇒ Momento de sua utilização

⇒ Situação da tomada de decisão

- ♦ Programada
- ♦ Não programada

⇒ Tipo de informação necessária

⇒ Quantidade desta informação

⇒ Periodicidade

⇒ Programação

⇒ Fontes

E) Modelo Assistencial

⇒ Tipo de informação necessária para organização do atendimento

⇒ Fontes destas informações

- ♦ Local
- ♦ Distrital
- ♦ Central

⇒ Adequação da informação. Por que?

- ♦ Ajuda
- ♦ Atrapalha
- ♦ Potencializa
- ♦ Dá na mesma
- ♦ Facilidades
- ♦ Dificuldades

Segunda Parte

⇒ Informações realmente utilizadas como relevantes e com valor de uso no cotidiano de tomar decisão.

⇒ Momentos/ situações em que as informações em saúde são consideradas base para a tomada de decisão.

⇒ Informações consideradas estratégicas para a sua tomada de decisão em relação a situação de saúde da população de sua área de abrangência.

⇒ Atendimento da necessidade de informação para a tomada de decisão.

⇒ Avaliação das informações que chegam até você, em relação aos subsistemas: SINASC, SICAEV, HYGIA, SIVE/SINAN, considerando os itens:

- ⇒ facilidade de compreensão e manuseio
- ⇒ facilidade de acesso
- ⇒ relevância e utilidade para você
- ⇒ qualidade da capacitação dos profissionais responsáveis pelas informações
- ⇒ avaliação geral quanto a qualidade destas informações
- ⇒ forma que as informações em saúde estão disponíveis
- ⇒ Principais entraves existentes para otimizar o uso das informações dos subsistemas: SINASC, SICAEV, HYGIA e SIVE/SINAN na tomada de decisão.
- ⇒ Sugestões para a superação dos entraves identificados. Enfim, o que é preciso mudar, contemplando o nível local, distrital e central da SMS?

Anexo 7

Roteiro de Entrevista – Projeto Doutorado
Profissionais de Saúde - Nível Central da SMS

Entrevistador:

Entrevistado:

Formação:

Local de Trabalho:

Cargo:

Tempo de Trabalho no Cargo:

Data:/...../..... Início: Término:

- ☛ Fale um pouco sobre seu trabalho no Departamento de Vigilância em Saúde.
- ☛ O que você faz em seu trabalho que possa relacionar suas atividades com o sistemas de informação quanto a: sua produção, utilização, fluxo, integração, finalidade, acesso, disponibilização, fluxo, integração, compatibilização e acesso
- ☛ Quais as informações produzidas e quais são disponibilizadas.
- ☛ Finalidade do Sistema de Informação.
- ☛ Disponibilização das informações para o nível central, distrital e local.
- ☛ Periodicidade da informação.
- ☛ Informações geradas.
- ☛ Fluxo da informação
- ☛ Articulação da informação gerada com os subsistemas de informação em saúde – SICA EV, SINANS, SIVE, Hygia.
- ☛ Rotina de retorno da informação (dado original, relatórios, tabelas e consolidados)? Como se dá este processo e com qual periodicidade?
- ☛ Caracterização dos dados que chegam até você.
- ☛ Mecanismos de medir qualidade dos dados.
- ☛ Rotina de uso das informações coletadas para avaliação das ações de gerência, programas e outros.
- ☛ Nível de tomada de decisão.
- ☛ Em sua opinião, quais são as informações realmente utilizadas como relevantes e com valor de uso no seu cotidiano de tomar decisão?

Anexo 8

Síntese dos sistemas públicos formais de informação em saúde do município de Ribeirão Preto-SP - 1998

SISTEMA	DATA IMPL.	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS	FINALIDADE	DADOS PRODUZIDOS	INTEGRAÇÃO
SIM-RP	1990	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeira Téc. Proc. Dados Anal. Sistemas 	<ul style="list-style-type: none"> Microcomputador Impressora 	Fornecer informações de óbitos atualizadas e descentralizadas para subsidiar as ações dos serviços de saúde.	Dados de mortalidade através de Atestados de Óbitos de residentes e não residentes em Ribeirão Preto, coletados nos hospitais.	Com o SIVE. de forma incipiente, com o Comitê de Morte Materna, com o Programa de Saúde da Criança (natimortos).
SINASC-RP	1991	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeira Téc. Proc. Dados 	<ul style="list-style-type: none"> Microcomputador Impressora 	Controlar a estatística e o cálculo de coeficientes de nascimentos e agendamentos.	Dados sobre nascimentos através da Declaração de Nascido Vivo, coletados nos hospitais.	Com o HYGIA através das matrículas do RN e agendamento de primeira consulta e com o Floresce uma Vida. Sistema <i>on line</i> no nível central da SMS. Articula-se também com as UBS e UBDS.
SIVE-RP	1989	<ul style="list-style-type: none"> Méd. Sanitarista Médica Enfermeira Vis. Sanitária Motorista Agente Admin. 	<ul style="list-style-type: none"> Microcomputadores Impressoras 	Proporcionar a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever Qualquer mudança no estado de saúde, recomendar e adotar medidas de prevenção e controle da doença.	Dados sobre a ocorrência de hanseníase, tuberculose e outras doenças de notificação compulsória. Cobertura vacinal e controle de vetores.	Com as UBS e UBDS, com o SICAEV, com o HYGIA, com o SINASC, com os hospitais conveniados/contratados, particulares e HCFMRP-USP
HYGIA-RP	1993	<ul style="list-style-type: none"> Estatístico Enfermeira Anal. Sistemas Téc. Proc. Dados Agente Admin. Oficial Admin. Telefonista Digitador 	<ul style="list-style-type: none"> Terminais de micro Impressoras Comp. Central 	Melhorar a qualidade assistencial da rede pública municipal de saúde.	Dados de atendimento ambulatorial (prontuário eletrônico, agendamento, matrícula, fatura e atendimento realizados pelos profissionais)	Com o SINASC, CODERP, PRODESP, Floresce uma Vida e Programa de Imunização

Anexo 9

RA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO
RETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
ATENDIMENTO - HYGIA

Pág. 001 305

UNIDADE: _____

Documento: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: ____

Tel: _____

Responsável: _____ Prontuário Antigo: _____

Município: _____ CEP: _____

do Paciente ou Acompanhante _____

MENTO: _____ em ____/____/____ Agendado para às ____:____ Recepção ocorrida às ____:____

entos: 1- _____ () 2- _____ () 3- _____ () 4- _____ () 5- _____ ()

ade: _____ Tipo do Atendimento: _____

2- _____ 3- _____ 4- _____ Código do Programa: _____

Profissional _____ Assinatura/Carimbo do Profissional Responsável _____

gramas: _____ Estatura em cm: _____ P.A. (mmHg): ____X____ Temperatura em Celsius: _____

s dados: _____

ico: _____

ica: _____

ab. : _____

chado a: _____ para: _____

e/Doença Vinculada ao trabalho: _____ Acidente de trânsito _____ Retornar em _____ dia

r a polícia: _____ Num. viatura: _____ Unidade: _____ Óbito na data _____ Hora _____

Programa _____ Motivo _____ In/Ex _____ Programa _____ Motivo _____

mentos padrão (indicar a quantidade, quando executados)

_____ () _____ () _____ ()
_____ () _____ () _____ ()
_____ () _____ () _____ () OUTROS PROCEDIMENTOS? (S/N) ()

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

- AKERMAN, Marco; NADANOVSKY, Paulo. Avaliação dos serviços de saúde – avaliar o quê? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.361-6, 1992.
- ALMEIDA, Marcia Furquim. O uso de informações em saúde na gestão dos serviços. Rev.Saúde Soc., v.4, n.1/2, p.39-42, 1995.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; FORTUNA, Cinira Magali; MISHIMA, Silvana Martins; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Gerência na rede básica de serviços de saúde de Ribeirão Preto – um processo em construção. Ribeirão Preto, 1994. 21p. /mimeografado/
- ALVES, Maria de Deus de Oliveira. Sistema de informação em saúde uma experiência no município de São Paulo 1989/1992. São Paulo, 1999. 171p. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- ATAÍDE, Maria Elza Miranda. O lado perverso da globalização na sociedade da informação Ci.Inf., Brasília, v.26, n.3, p.268-170, set./dez. 1997.
- BERTALANFFY, Ludwig Von. Teoria geral dos sistemas. Trad. Francisco M. Guimarães. 3.ed. Petrópolis, Vozes, 1977.
- BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistemas de informações em saúde no nível local. Cad.Saúde Pública, v.12, n.2, p.267-70, 1996.
- BRASIL. Leis etc. Lei Orgânica da Saúde 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990a. p.18055-9.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Leis etc. Resolução nº 228 de 1/8/90. Regulamenta a implantação do sistema de informações ambulatoriais SIA/SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 06 ago. 1990b. Seção I, p.14881.
- BRASIL. Leis etc. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei nº 8069 de 13-07-1990: constituição e Legislação relacionada. São Paulo, Cortez, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Relatório final do Seminário Nacional da Vigilância Epidemiológica. Inf.Epidemiol.SUS, n.1, v.5, p.1-24, 1992.

* As referências bibliográficas estão padronizadas conforme o Manual de Orientação – Referências e citações Bibliográficas – 1994 da Biblioteca Central do *Campus* USP Ribeirão Preto e ABNT 6023/1989.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Uso e disseminação de informações em saúde – subsídios para elaboração de uma política de saúde para o SUS. Oficina de Trabalho. Relatório Final. Brasília, 9 a 13 de agosto de 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. AIDS. Boletim Epidemiológico. Brasília, v.9, n.3, Semana Epidemiológica, 23 a 25, junho a agosto de 1997a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Planejamento. NOB-SUS 01/96. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS. Publicada no Diário Oficial da União de 6/11/1996: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, 1997b. 36p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia nos Serviços de Saúde. Inf. Epidemiol. SUS, n.3, v.6, 1997c. p.7-14.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de preenchimento da DNV. Brasília, 1999.
- BUSS, Paulo Marchiori. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, Paulo Marchiori; LABRA, Maria Eliana. Sistemas de Saúde – continuidades e mudanças; Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Quebec. Ed. Hucitec, Ed. Fiocruz. São Paulo-Rio de Janeiro, 1995, p. 61-101.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs.) Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997a. Cap 3, p.229-66.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A análise crítica das contribuições da saúde coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, Sonia (org.) Saúde e Democracia – a luta do CEBES. São Paulo, Lemos Editorial, 1997b. Cap 3, p.113-24.
- CARVALHO, André de Oliveira; EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. Sistemas de informação em saúde para municípios. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. 93p.
- CARVALHO, Déa Mara. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. IESUS, v.4, p. 4-46, 1997.
- CARVALHO, Déa Mara. Sistemas de Informação e alocação de recursos: um estudo sobre as possibilidades de uso das grandes bases de dados nacionais para uma alocação orientada de recursos. Rio de Janeiro, 1998. 199p. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- CARVALHO, Gilson de Cássia Marques. O momento atual do SUS... A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Rev. Saúde Soc., v.2, n.1, p.9-24, 1993.
- CARVALHO, Luiz Carlos de Sá. Análise de sistemas: o outro lado da informática. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1998.
- CHAVES, Mario M. Saúde e sistemas. 3.ed.Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1980.
- CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à teoria geral da administração. 3.ed. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1983. cap.17, p.512-550.
- CHURCHMAN, C. West. Introdução à a teoria dos sistemas. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1992. p.7-89.
- COELHO NETTO, J. Teixeira. Semiótica, informação e comunicação. 2.ed. São Paulo, Perspectiva, 1983.
- CONH, Amélia. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, Asa Cristina (org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo, Cortez, 1995. p.225-244.
- DALCUCHE, Marise Gnatta; OLIVEIRA, Maria do Carmo. A reorganização do sistema de informação em saúde na Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Divulgação em Saúde para Debate. n.16, p.50-3, 1996
- DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of medical care. Milb. Mem. Fund., n.44, p.166-206, 1966.
- DONABEDIAN, Avedis. Promoting quality through evaluating the process of patient care. Med. Care, v.6, n.3, p.181-202, 1968
- DONABEDIAN, Avedis. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan, Ann Arbor, Health Administration, v.1, cap.3, p.80-125, 1980.
- DONABEDIAN, Avedis. La investigación sobre la calidad de la atención médica. Salud Publica de Mexico, v.28, n.3, p.324-7, 1986
- DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed? JAMA, v.260, n.12, p.1743-8, 1988.
- DONALÍSIO, Maria Rita. A informação e o município. Saúde em Debate, n.39, p.64-9, jun. 1993.
- DRUCKER, Peter. Sociedade pós-capitalista. Trad. de Nivaldo Montingelli Júnior. 5.ed. São Paulo, Pioneira, 1993.
- DRUMMOND, Michael F. Como avaliar uma política de saúde. Divulgação em Saúde para Debate, n.3, p.26-41, 1991.

- DRUMMOND, Michael F.; MAYNARD, Alan. Efficiency in the national health service: lesson from abroad. Health Policy, v.9, p.59-74, 1988.
- EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. A informação em saúde no processo de tomada de decisão. . Rev. Adm. Públ., Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.70-77, 1990.
- FERNANDES, Geni Chaves. O objeto de estudo da ciência da informação. Informare, v.1, n.1, p. 25-30, 1995.
- FIOCRUZ/DCS/CICT (Rio de Janeiro). Marcos gerais para uma política de comunicação: sistematização /realizada pelo DCS/CICT/FIOCRUZ a partir do relatório votado na plenária final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 1997./mimeografado/
- FORSTER, Aldaísa C.; HALPERN, Luciana; RUFFINO NETTO, Antônio; TOZZE, Gabriela B. Avaliação e custos do subprograma de controle da tuberculose no Centro de Saúde Escola de Ribeirão Preto, 1988. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.183-9, 1992.
- FREITAS, Henrique M. R. de; KLADIS, Constantin Metaxa. Da informação à política informacional das organizações: um quadro conceitual. Rev. Adm. Públ., Rio de Janeiro, v.29, n.3, p.70-86, 1995.
- GONÇALVES, Maria de Lourdes. O programa de imunização no processo de municipalização da saúde no município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1994. p.211. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- GONÇALVES, Maria de Lourdes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; GERA, Sueli Canhoto. A municipalização da vacinação em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.79-87, 1996.
- GONZÁLEZ de GOMEZ, Maria Nélide. A representação do conhecimento e o conhecimento da representação: algumas questões epistemológicas. Ci. Inf., v.22, n.3, p. 217-222, 1993.
- IBAM/UNICEF. A saúde no município: organização e gestão. Rio de Janeiro, IBAM, 1991. 144p.
- ÍNDICE de AIDS é maior na zona oeste. Folha de São Paulo, São Paulo, 16 mar.1998. Ribeirão Cotidiano, p.1.
- INFORMATIVO EPIDEMIOLÓGICO DE RIBEIRÃO PRETO. Núcleo de Vigilância Epidemiológica – HCFMRP – USP e Div. Vig. Epidemiológica – SMS – Ribeirão Preto. ano1, nº 8, agosto, 1997

- JATOBÁ, Jorge. Desenvolvimento, globalização e emprego. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE EMPREGO E VIOLÊNCIA, Brasília, 1998. Anais. Brasília, 1998. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento – CNPD. p.21-24.
- KADT, Emanuel; TASCA, Renato. Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde. Trad. de Ângela Maria Tijiwa. São Paulo – Salvador, 1993. p.93 –102.
- LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria Helena P. de. O atestado de óbito. São Paulo, Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português / Centro Brasileiro de Classificação de Doenças / MS/USP/OPAS-OMS, 1992. /Série Divulgação, 1./
- LEITÃO, Sergio Proença. Para uma nova teoria da decisão organizacional. Rev. Adm. Públ., Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.91-107, 1997.
- LÉVY, Pierre. As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática. Trad. de Carlos Irineu da Costa. Rio de Janeiro, Ed. Trinta e Quatro, 1993. 208p.
- MARTELETO, Regina Maria. /Apresentação/. Informare, v.1, n.1, p.3-4, 1995.
- McCORMICK, J. Evaluating primary care. In: HOLLAND, Walter W. Evaluating of health care. Oxford University Press, 1983. cap.5.
- MELLO, Valéria Lemos. Arquivo médico e sistema de arquivamento. São Paulo, 1994. /mimeografado/
- MELLO JORGE, Maria Helena P. de. Registro de eventos vitais: sua importância em Saúde Pública. São Paulo, Centro da OMS para a Classificação de Doenças em Português / Centro Brasileiro de Classificação de Doenças / MS/USP/OPAS-OMS, 1990. (Série Divulgação, 5).
- MELLO JORGE, Maria Helena P.; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; SOBOLL, Maria Lúcia de Moura Silva; ALMEIDA, Márcia Furquim de; LATORRA, M. Rosário D. de Oliveira. O sistema de informações sobre nascidos vivos – SINASC. São Paulo, NEPS/USP, 1992a. (Série Divulgação, 7).
- MELLO JORGE, Maria Helena P.; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; SOBOLL, Maria Lúcia de Moura Silva; ALMEIDA, Márcia Furquim de; LATORRA, M. Rosário D. de Oliveira. Sistema de informação sobre nascidos vivos. Inf.Epidemiol.SUS, v.1, n.4, p.5-17, 1992b.
- MELLO JORGE, Maria Helena P.; GOTLIEB, Sabina Léa Davdson; OLIVEIRA, Hélio de. O sistema de informação sobre nascidos vivos: primeira avaliação dos dados brasileiros. Inf.Epidemiol.SUS, v 5, n.2, p.15-48, 1996.

- MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994. Cap 1, p.19-91.
- MENDES, Eugênio Vilaça; TEIXEIRA, Carmen Fontes; ARAÚJO, Eliane Cardoso; CARDOSO, Maria Rosa Logiodice. Distritos Sanitários: conceitos – chave. In: MENDES, Eugênio Vilaça. (org.) Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994. Cap. 3, p. 159 – 185.
- MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1996, 278p.
- MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira; NOGUEIRA FILHO, Roberto Costa. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde, Saúde em Debate, n.33, p.83-9, dezembro 1991.
- MERHY, Emerson Elias; CHAKKOUR, Maurício; STÉFANO, Eduardo; STÉFANO, Maria Ercília; SANTOS, Cláudia Menezes; RODRIGUES, Rodrigo Arnaldo; OLIVEIRA, Patrícia Conceição Pires de. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs.) Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997. Cap.2, p.113-150.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1993.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1996a. cap.2, p.85-103.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed. São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1996b. cap.4, p.197-247.
- MISHIMA, Flávia Cristiane; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan; FERRO, Maria Alice; LIMA, Regina Aparecida Garcia de; COSTA, Isabel Aparecida Ribeiro. Declaração de nascido vivo: análise do seu preenchimento no município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, v.15, n.2, p.387-95, 1999.

- MISHIMA, Silvana Martins. O processo de trabalho da rede básica de saúde no município de Ribeirão Preto – a constituição do gerenciamento local. Ribeirão Preto, 1995. 355p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
- MISHIMA, Silvana Martins; VILLA, Tereza Cristina Scatena; RIBAS GOMES. Elizabeth Laus; PRATALI, Maria Tereza Romão; SILVA, Eliete Maria; ANSELMi, Maria Luiza. O sistema de informações no processo gerencial dos serviços de saúde: algumas reflexões. Rev.lat.am.Enf., v.4, p.83-88, 1996. Edição especial.
- MISHIMA, Silvana Martins; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MATUMOTO, Silvia; PINTO, Ione Carvalho; OBA, Maria das Dores do Valle; PEREIRA, Maria José Bistafa; DOMINGOS, Maria Marcia Leite Nogueira; FORTUNA, Cinira Magali; PALHA, Pedro Fredemir; KEMURA, Maria Lúcia Rímoli; VILLA, Tereza Cristina Scatena; A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva no Brasil – CIPESC – Apresentando o cenário de pesquisa do município de Ribeirão Preto – São Paulo. In: CHIANCA, Tânia Couto Machado & ANTUNES, Maria José Moraes (orgs.) A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC. Brasília, ABEn, 1999. p.204-244.
- MISOCZKY, Maria Ceci. Distrito sanitário: desafio de descentralizar com democracia. Saúde em Debate, n.33, p.54-60, 1991.
- MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994. Cap 3, 4.
- MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. Informações em saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora. Rio de Janeiro, 1998. 274p. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MOTA, Eduardo. Desafios à gestão de sistemas locais de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.248-52, 1999.
- OLIVEIRA, Thais Helena de; MISHIMA, Silvana Martins. O trabalho do enfermeiro na organização dos serviços de saúde – a inserção do enfermeiro no departamento de informática da SMS- RP, 1996. /mimeografado/.
- PACHECO, Leila Maria Serafim. A informação enquanto artefato. Informare, v.1, n.1, p. 20-24, 1995.
- PAIM, J.A. A reorganização das práticas de saúde em distrito sanitário. In: MENDES, E.V. (org.) Distrito Sanitário: o processo de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 2 ed. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994. cap 4, p.187-220.

- PEREIRA, Edmilson, Belo. Municipalização da saúde em Ribeirão Preto-SP. Ribeirão Preto, 1993. 203p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- PEREIRA, Edmilson Belo; MANÇO, Amábile Rodrigues Xavier. Sistemas locais de saúde e sistemas de informações: problemas e perspectivas a partir de uma experiência municipal. Rev.Mun Saúde, v.3, n.5, p.41-53, 1995.
- PINHO, Valdemar Pereira de. Sistema de informações para a gestão local de saúde. Rev. Saúde Soc., v.4, n.1/2, p.47-50, 1995.
- PINTO, Ione Carvalho; MISHIMA, Silvana Martins; VILLA, Tereza Cristina Scatena; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; FERREIRA, Fernanda Davanzo Fadul. A inserção do trabalho da enfermeira no Departamento de Informática da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP. In: FÓRUM NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 3., Campos do Jordão-SP, 1996. Anais. São Carlos, Sociedade Brasileira de Engenharia Biomédica/Associação de Físicos em Medicina/Sociedade Brasileira de Informática em Saúde/Sociedade Brasileira de Proteção Radiológica, 1996. p.777-8.
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde Lei n 5194. 27 de nov. 1987, 1987.
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Oficina de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde – Reformulação do Sistema de Vigilância Epidemiológica face a municipalização dos serviços de saúde. Ribeirão Preto, 1989a. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório discussão da implantação do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1989b. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Programa de Assistência Primária à Saúde do Escolar. Calendário de atividades para a implantação da Vigilância Epidemiológica na Secretaria Municipal da Saúde, janeiro de 1989. Ribeirão Preto, 1989c. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. Leis etc. Lei Orgânica do Município. Diário Oficial do Município, Ribeirão Preto,. 5 abr. 1990. cap VI, Seção I, p.25-26.
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. O sistema de saúde que temos e o sistema de saúde que queremos. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 3. Ribeirão Preto, 1993a.

- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Leis etc. Resolução Interna nº. 021/93. Dispõe sobre a reorganização da Comissão de Prontuário e Arquivo da Secretaria Municipal da Saúde. Ribeirão Preto, 17 de agosto de 1993b.
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Documentos sobre modelo gerencial. Ribeirão Preto, 1994a. /mimeografado/.
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Diretor, 1994. Ribeirão Preto, 1994b. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento (SEPLAN). Anuário de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1994c.
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Informática. Unidades de Saúde da SMS de Ribeirão Preto estão informatizadas e agendando consultas pelo computador, dezembro de 1994. Ribeirão Preto, 1994d. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento. Departamento de Pesquisas. Ribeirão Preto em Dados. v.2, n.2, 1994/1995.
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Diretor, 1995. Ribeirão Preto, 1995a. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Plano de saúde do município de Ribeirão Preto 1995. Ribeirão Preto, 1995b. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Informática. Manual de rotina do serviços do Departamento de Informática. Ribeirão Preto, 1995c. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Projeto Floresce uma Vida. Ribeirão Preto, 1995d. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Sistema de informações e informatização da SMS. In: SEMINÁRIO INTEGRADO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 1., Ribeirão Preto, 1995e. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Planejamento. Plano de trabalho da SMS-RP. Ribeirão Preto, 1996a. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Relatório do Departamento de Vigilância em Saúde

- da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, gestão 1993 a 1996. Ribeirão Preto, 1996b. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Informática. Frentes de trabalho e resumo de atividades desenvolvidas, fevereiro de 1997. Ribeirão Preto, 1997. /mimeografado/
- RIBEIRÃO PRETO. PREFEITURA MUNICIPAL Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Saúde do Município de Ribeirão Preto 1998. Ribeirão Preto, 1998./mimeografado/
- ROCHA, Juan Stuardo Yazlle; DAL FABRO, Amaury Lélis. Pelo reordenamento das práticas da saúde coletiva acerca da informatização da saúde. Saúde em Debate. n.47, p.23-7, 1995.
- ROCHA, Juan Stuardo Yazzle. Problemas atuais do planejamento e gestão em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.252- 5, 1999.
- RODRIGUES, Roberto J.; GOIHMAN, Samuel. Sistemas de informação para a gestão dos sistemas locais de saúde. Bol Of. Sanit. Panam.. v.109, n.5/6, p.488-98, 1990.
- ROMANO, RUGGIERO. Enciclopédia 26. Itália, Sistema EINAUDI/Imprensa Nacional-Casa da moeda, 1993. 205p.
- SANCHES, Osvaldo Maldonado. Estratégias para a implantação e gerência de sistemas de informação de apoio à tomada de decisões. Rev. Adm. Públ., Rio de Janeiro, v.31, n.4, p.68-100, 1997.
- SCHRAIBER, Lilia Blima; PEDUZZI, Marina; SALA, Arnaldo; NEMES, Maria Inês B.; CASTANHERA, Elen Rose L.; KON, Rubens. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.221-42, 1999.
- SCOTTI, Ricardo F. Para entender a NOB-96: informações sintéticas sobre a norma operacional básica 01/96 – versão de 27/08/96, aprovado pelo CNS. Brasília, 1996. /mimeografado/
- SILVA, J. V. da. Informação e ação política democrática. São Paulo Perspectiva, Fundação SEADE, v. 8, n. 4, p.57 – 67, 1994.
- SILVA, Sílvio Fernandes; SUGMYAMA; Luiz Carlos Yoshio; OLIVEIRA; Maria do Socorro Monteiro de; PETRIS, Ailton José; ANDARADE, Selma Maffei de Andrade; OLIVEIRA, Edivaldo de Alcântara Oliveira; SPECIAN, Aparecida Araceli. Sistema de informações: instrumento de planejamento para redução de desigualdades. In: SILVA, Sílvio Fernandes (org.). A construção do SUS a partir do município: etapas para a municipalização plena da saúde. São Paulo, HUCITEC, 1996. cap 1.1, p.12-28.

- SILVEIRA, Maria Helena ; LAURENTI, Ruy. Os eventos vitais: aspectos de seus registros e inter-relação da legislação vigente com as estatísticas de saúde. Rev. Saúde Pública, n.7, p.37-50, 1973.
- SOUZA, Hamilton de. Globalização esconde realidade. Rev. Adusp, n.7, p.38-43, ago. 1996.
- STUMPF, Ida Regina Chitto. O que é virtual. Ci.Inf., Brasília, v.26, n.2, p.228, mai./ago. 1997.
- TASCA, Renato; GRECO, Cláudio; VILLAROSA, Francesco Natarbartolo. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). Distrito sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994. cap 7, p.267-310.
- URBANO, Luzia. O processo de implantação das ações integradas de saúde no município de Ribeirão Preto: suas conquistas e limitações. Araraquara, 1989. 175 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Letras Ciências Sociais e Educação, Universidade Estadual Paulista.
- VAUGHAN, J.P.; MORROW, R.H. Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento do distrito sanitário. 2.ed. São Paulo, Hucitec, 1997.
- VILLA, Tereza Cristina Scatena; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins; PINTO, Ione Carvalho; PEREIRA, Maria José Bistafa; PALHA, Pedro Fredemir; DOMINGOS, Maria Marcia Leite Nogueira; ASSIS, Marluce Maria Araújo. A vigilância epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território – SMS-RP/ Apresentado ao 6º Congresso Paulista de Saúde Pública, Águas de Lindóia, 1999/.
- VUORI, Hannu. A qualidade de saúde. Divulgação em Saúde para Debate. N.3, p.17-25, 1991.
- WURMAN, Richard Saul. Ansiedade de informação: como transformar informação em compreensão. Trad. de Virgílio Freire. São Paulo, Cultura Editores Associados, 1991.

Glossário de termos

GLOSSÁRIO DE TERMOS

Usuário da informação – trabalhadores da saúde do nível local, gerentes de Unidades Básicas e Distritais, gestor (Secretário da Saúde), coordenadores de Programa de Saúde, diretor/responsáveis do Departamento de Planejamento, Diretor/responsáveis do Departamento de Informática da SMS, conselheiros das Comissões Locais de Saúde, conselheiros do Conselho Municipal de Saúde e coordenadores/responsáveis pela Divisão de Vigilância Epidemiológica central. Equipe de profissionais da saúde que trabalham no nível local da rede básica pública de saúde, ou seja, nas unidades básicas e distritais de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes administrativos.

Gestor - secretário municipal de saúde que comanda o sistema de saúde do município de Ribeirão Preto, representando o governo municipal.

Gerente - pessoa responsável, formalmente pela gerência, pela administração de uma unidade básica e ou distrital de saúde.

Nível Local – Rede Básica Pública Municipal de Saúde, inclui as Unidades Básicas e Distrital de Saúde e suas áreas de abrangência. Para efeito deste estudo são 5 Unidades Básicas de Saúde e 1 Básica e Distrital de Saúde da região leste de Ribeirão Preto e 2 Comissões Locais de Saúde existentes.

Nível Intermediário – Vigilância Epidemiológica da Unidade Distrital de Saúde da região leste do município de Ribeirão Preto

Nível Central - nível central de saúde do município de Ribeirão Preto, ou seja, a Secretaria Municipal da Saúde, incluindo Departamento de Informática, Departamento de Planejamento, Departamento de Vigilância em Saúde, Setor de Programas da SMS e Conselho Municipal de Saúde.

Cliente – pessoas que são usuárias dos serviços de saúde/atendidas na rede básica pública de saúde, ou seja, Unidades Básicas e Distritais de Saúde e que não fazem parte, enquanto membros, das Comissões Locais de saúde e/ou Conselho Municipal de Saúde.

Conselho Municipal de Saúde - composto paritariamente por representantes do governo, usuários dos serviços de saúde e prestadores de serviços (instituições públicas, privadas e profissionais) com a finalidade de participar e exercer o controle social das ações de saúde e serviços prestados pelo município⁸⁰.

Comissão Local de Saúde – composto paritariamente por representantes do governo, usuários dos serviços de saúde e prestadores de serviços (instituições públicas, privadas e profissionais), vinculadas às unidades de serviço da rede.

⁸⁰ Mais detalhes sobre Conselhos de Saúde veja: CARVALHO, Antonio Ivo. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro. FASE/IBAM, 1995.