



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE

INFORMAÇÃO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE

Um estudo exploratório em Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC

por

Pedro Gabriel das Vestes de Miranda Valle

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Projeto apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

Orientadora: Maria Cristina Soares Guimarães

Rio de Janeiro, novembro de 2009

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	3
2	JUSTIFICATIVA.....	5
3	REFERENCIALTEÓRICO.....	8
4	OBJETIVOS	11
4.1	OBJETIVO GERAL	11
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
5	METODOLOGIA.....	12
6	RESULTADOS ESPERADOS.....	13
6	ORÇAMENTO.....	14
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15
8	CRONOGRAMA.....	17

Introdução

O Brasil, seguindo uma tendência mundial, passa por processos de transição demográfica e epidemiológica desde a década de 60. Tal fato produziu uma alteração no padrão de ocorrência de patologias, com aumento importante da ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O grupo das DCNT compreende majoritariamente doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. As estatísticas apontam que esse conjunto de doenças é responsável por 60% das mortes e incapacidades em todo o mundo. A expectativa é que esse percentual chegue a 73% de todas as mortes em 2020, em âmbito internacional. Em 2001, no Brasil, as DCNT foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde (OPAS/OMS, 2004).

No anos de 2002, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o primeiro estudo sobre carga das doenças, com a finalidade de traçar um perfil mais preciso do peso decorrente das doenças mais prevalentes no Brasil. O resultado geral desse estudo apontou as doenças não transmissíveis como sendo as principais responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura (59%) [*years of life lost* (YLL)], por anos de vida com incapacidade (74,7%) [*years lived with disability* (YLD)] e por anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (66,3%) [*disability adjusted life of years* (DALY)].

Na tentativa de solucionar o problema, o Ministério da Saúde organizou a vigilância de DCNT e as principais ações estratégicas colocadas em prática foram: organização da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos não transmissíveis (DANT); indução de ações de vigilância de DANT em Secretarias de Estado e Municipais de Saúde; capacitação de recursos humanos; definição de indicadores padronizados para monitoramento das doenças e fatores de risco e proteção; apoio às pesquisas e recomendações por parte dos gestores às ações em DANT como prioridade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A vigilância em DANT está estruturada em uma equipe técnica estável, acesso a bancos de dados, monitoramento com indicadores definidos, vigilância dos serviços e do impacto nos custos.

Segundo Lessa (2004) são várias as propostas de indicadores para a vigilância epidemiológica das DCNT, incluindo mortalidade, morbidade e fatores de risco. As estatísticas de mortalidade por DCNT são as mais comumente usadas em todo o mundo. O referido autor observa que, como evento único, a morte exclui o indivíduo da sociedade, devendo ser oficialmente registrada. O registro é uma informação de rotina, tornando as estatísticas de mortalidade as menos dispendiosas e de mais fácil obtenção em qualquer país. Indicadores mais complexos, que procuram dar conta do conjunto de fatores de risco das DCNT vêm sendo utilizados em países desenvolvidos, e têm pouca aplicabilidade em países em desenvolvimento, que detêm ainda pouca prática de vigilância no tema. Indicadores robustos demandam boas estatísticas de saúde, além de dados complementares que impliquem a cobertura populacional, confiabilidade, precisão, qualidade global e abrangência espacial.

Ainda de acordo com Lessa (2004) países que contam com bases de dados em saúde bem constituídas, ou seja, com boas estatísticas hospitalares, sociais, comportamentais, sobre o uso de tecnologias diagnósticas e de tratamentos, econômicas, de incapacidades/invalidez, de programas de prevenção e controle, dentre outros, contam com maior capacidade de explicar ou sugerir explicações para o movimento ascendente ou descendente das taxas de mortalidade, e se capacitam assim para subsidiar políticas e decisões para reversão de quadros indesejáveis ou melhoria daqueles cujas tendências já são favoráveis.

Em 2005, no I Seminário Nacional de DANT e Promoção da Saúde, com a participação de gestores estaduais e municipais, foi pactuada a Agenda Nacional de DCNT, foram apontados quatro eixos de ação. Ações para diminuição no hábito de fumar, fomento à alimentação saudável e práticas de atividade física estão centralizadas nos três primeiros eixos que representam a consolidação da estrutura do sistema de vigilância, tanto da população em geral quanto para grupos populacionais mais vulneráveis. O quarto eixo constituía o desenvolvimento de estudos, pesquisas e análise de DANT, mediante parcerias com universidades (enquanto centros colaboradores).

Na perspectiva do Ministério da Saúde, o processo de estruturação de um sistema de vigilância implica em investimentos na capacitação de recursos humanos, estruturação de bases de dados para avaliação e monitoramento dessas ações, pesquisas e parcerias com centros colaboradores, dedicados ao ensino e à pesquisa. Esta proposta é reconhecida como tendo melhor custo-efetividade para acompanhamento das DANT.

Justificativa

É nesse contexto que se insere o tema da proposta de projeto de pesquisa aqui apresentada. Trata-se de uma contribuição para a estruturação de uma vigilância em Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, no âmbito do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).

A DPOC é considerada uma doença relacionada, principalmente, ao tabagismo, aos hábitos de vida do indivíduo e ao aumento da expectativa de vida da população, portanto, se inclui no âmbito das DCNT e deve ser acompanhada através de ações de monitoramento contínuo dos fatores risco, identificação de seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2005, 3 milhões de pessoas morreram por complicações de DPOC no mundo; em 2007, 210 milhões eram portadoras dessa doença. Além disso, a OMS prevê que a DPOC se tornará a terceira causa de mortalidade no mundo no ano de 2030 (Estatísticas Mundiais de Saúde - OMS, 2008). No Brasil, a DPOC já ocupa a quinta posição dentre as causas de morte e, perto de 290 mil pacientes são internados anualmente, o que gera um grande gasto ao sistema de saúde do país. (II Consenso Brasileiro sobre DPOC, 2004)

A DPOC é uma doença que traz uma série de agravos à saúde e sobrecarrega financeiramente o SUS, como seguem alguns exemplos: maior susceptibilidade às infecções e necessidade da utilização de atendimento em níveis de maior complexidade e com custos mais elevados, diminuição da tolerância ao exercício, diminuição na qualidade de vida, dias perdidos de trabalho, aposentadorias precoces, morte prematura e sofrimento familiar e social (II Consenso Brasileiro sobre DPOC, 2004)

O HUCFF conta com uma unidade ambulatorial de Fisioterapia Respiratória (FR), que tem como objetivo a avaliação, tratamento e acompanhamento da DPOC, através de um programa de tratamento baseado em prevenção, monitoramento regular da doença, vigilância dos fatores de risco;

controle e promoção de saúde; monitoramento e avaliação das ações através da revisão dos registros gerados pelo fluxo de atendimentos.

Ainda que o HUCFF disponha de um sistema de prontuário eletrônico, o mesmo não integra os dados gerados na unidade de FR. Ou seja, os dados gerados neste ambiente não adicionam informação para nenhum sistema de monitoramento de morbi-mortalidade da DPOC, mesmo com a suposta riqueza de informações contidas no processo de trabalho que se realiza neste ambulatório. Antes, na ausência de uma análise criteriosa dos dados atualmente disponíveis, não é possível planejar e desenvolver uma estratégia de vigilância que redunde em ações de promoção de saúde.

De fato, atualmente, os registros dos pacientes são feitos apenas em papel, através de prontuário médico convencional, o que não atende à demanda de informação dos profissionais que acompanham esses pacientes. Os desafios apontam para o armazenamento e manejo dos dados, tais como perda do dado em função da perda ou extravio do documento/registro, ou dano irreversível em função da falta de espaço físico apropriado para o armazenamento. De forma clara, o desenvolvimento de uma base de dados em formato eletrônico traria agilidade ao processo, facilitaria a guarda e acesso aos dados. Além disso, possibilitaria um monitoramento das ações de saúde por meio da integração com o prontuário eletrônico já adotado pelo Hospital, atuando de forma a auxiliar na produção de indicadores de vigilância da DPOC.

Nesse sentido, a proposta aqui apresentada propõe um estudo piloto no contexto do ambulatório de FR do HUCFF com vistas a fornecer dados que permitam o acompanhamento da DPOC que auxiliem nas políticas e estratégias de promoção de saúde, e que se articulem com outras ações, na comunidade e neste grupo populacional específico, com o objetivo de promover comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Referencial teórico

A gestão da informação referentes as atividades assistenciais é uma peça fundamental no processo de gestão da qualidade da assistência e não deve ser considerada como uma tarefa menor ou sem valor, já que a mesma interfere diretamente sobre todas as outras atividades do hospital. Assim, se faz necessário por parte dos gestores dos hospitais e dos sistemas de serviços de saúde propostas que permitam a articulação entre perspectivas e necessidades de informações clínicas, de controle financeiro, de pesquisas, vigilância epidemiológica e avaliação de desempenho nas diferentes perspectivas. Tal fato possibilita a distribuição equânime de investimentos em informática e desenvolvimento de padrões de registros necessários, e não o caminho inverso.

Nesse contexto os indicadores aparecem como instrumentos determinantes na representação da informação, que permitem sintetizar, organizar e utilizar as informações de maior importância para o planejamento, ao controle de metas e desempenho, tornando possível e agilizando o processo de tomada de decisões.

Os indicadores foram desenvolvidos com a finalidade de tratar a informação “bruta” tornando assim possível seu melhor entendimento e acessibilidade, possibilitando a leitura de fenômenos complexos, tornando-os quantificáveis e compreensíveis, para que possam ser analisados, utilizados e transmitidos para os diversos níveis da sociedade. Esse processo contribui para a planificação das políticas e avanços na modernização das instituições, através do melhor uso das informações.

Alguns critérios para seleção de indicadores:

1. Existência de dados base.
2. Possibilidade de intercalibração.
3. Possibilidade de comparação com outros padrões existentes.
4. Custo de implementação.
5. Possibilidade de rápida atualização.

Exemplos da utilização de indicadores para acompanhamento da relação de custo-benefício do desenvolvimento e à saúde humana estão expostas nas

propostas da OMS, com base no relatório do *Environmental Health Indicators for Europe* (EHIE). Esse sistema de utilização de indicadores serviu para descrever e analisar a relação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento, e tem sido utilizado para análise da situação global, como subsídio ao processo de tomada de decisões.

O modelo utilizado pela OMS é baseado em: Força Motriz-Pressão-Estado-Exposição-Efeito-Ação (FPEEEA), e pode ser aplicado em instituições de saúde. Neste modelo, as pressões exercidas pelas atividades e necessidades humanas sobre o Estado, apresentam como produto final as respostas que orientam o processo de tomada de decisão e as ações do setor público, privado e da sociedade.

Devemos destacar que a possibilidade de elaboração dos indicadores depende da disponibilidade das informações e estas devem representar a realidade das ações das unidades de saúde a fim de promover as análises que gerem os “efeitos” e que desencadeiem uma “ação”.

Segundo Borja *et al* , uma das primeiras aplicações do FPEEEA na área de saúde foi em 1988, no texto da OMS intitulado *Indicadores para o Estabelecimento de Políticas e a Tomada de Decisão em Saúde Ambiental*, que tinha o objetivo de fundamentar a área de vigilância ambiental.

As instituições de saúde estão em uma posição de destaque em comparação a outros ambientes laborais, pelo cunho de suas atividades, que vão desde assistência à população, verificação de produtos expostos ao consumo humano, até exames como diagnóstico laboratorial de amostras biológicas de interesse para a saúde coletiva.

Para alcançar a condição de sustentabilidade e viabilidade social, econômica e política, essas instituições devem demonstrar o seu desempenho quanto à acessibilidade, efetividade, segurança, eficiência e equidade na atenção à população, com o desenvolvimento de sistemas de avaliação.

Schout e Novaes (2007), demonstram em seu artigo a importância dos registros clínicos, as estatísticas hospitalares e o processo de informatização para a produção de informações essenciais, assim como, para o desenvolvimento de indicadores capazes de instrumentalizar processos de avaliação e garantia de qualidade. Ainda neste trabalho, as autoras debatem sobre o processo de

migração do prontuário convencional para o prontuário eletrônico, como solução para os problemas encontrados nos registros em papel. Porém, fica bem claro, a partir de experiências anteriores, que os serviços de informatização de etapas do processo diagnóstico e terapêutico só têm êxito com a prévia valorização das formas de registro, assim como as propostas de padronização dos mesmos.

A incorporação de novas tecnologias nos processos diagnósticos e terapêuticos têm impacto direto sobre a prática clínica e sobre os registros gerados a partir desta prática. Isso, de fato não garante sucesso no que diz respeito à gestão da informação obtida pelos processos de trabalho. O desenvolvimento de novos sistemas de informação e sua implantação nos serviços de saúde permitiram não só a transformação dos meios em que se fixam as informações, como a inclusão de novos usuários da informação –pacientes e consumidores – neste caso.

Passou a ser considerado obrigatório para os hospitais a quantificação de forma consistente das informações referentes às atividades assistência, produção, receita e custeio. Na ausência dessas informações fica impossível gerir cotidiano e planejar o desfecho futuro, e com

Do ponto de vista da gestão, torna-se necessário a garantia da possibilidade de identificação, acessibilidade e confiabilidade de todos os recursos utilizados, seja para qualquer finalidade que a informação se destine. Para que se possibilite a adequada indexação das informações clínicas há necessidade da adoção de um padrão estável e consistente e, principalmente reconhecido por todos os profissionais.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é propor uma estratégia metodológica que possibilite a para a organização e análise integrada dos dados em DPOC da unidade ambulatorial de FR do HUCFF – UFRJ, de forma a prover o acompanhamento, vigilância, promoção de saúde, prevenção e controle desta DCNT.

Objetivos específicos:

- Identificar, na literatura especializada sobre DPOC, as principais variáveis/aspectos/dados que devem ser coletados para fins de vigilância epidemiológica;
- Identificar, na prática corrente da unidade de FR, quais dados são coletados;
- Analisar a consistência e qualidade dos dados disponíveis;
- Identificar, junto aos profissionais de saúde envolvidos com DPOC, suas demandas e necessidades de informação;
- Propor uma forma de organização e estruturação dos dados, de forma integrada ao prontuário existente no HUCFF.

Metodologia

Para alcançar os objetivos propostos no item anterior, as seguintes etapas serão cumpridas:

1. Inicialmente será feito um levantamento detalhado na literatura, nacional e internacional, para identificar quais os principais indicadores em uso na vigilância epidemiológica de DPOC. Serão usados como fontes de informação, inicialmente, o Medline, Lilacs, Scielo, Web of Science e a Base Cochrane. Essa etapa é importante para identificar, no âmbito de uma unidade de assistência como a FR do HUCCF, quais variáveis/dados devem ser coletados no cotidiano de suas atividades.

2. Em uma segunda etapa, deverão ser identificadas as bases de dados epidemiológicos inseridas dentro do sistema nacional de vigilância nas DANT, que potencialmente possam fornecer dados de morbimortalidade em DPOC no Brasil. Aqui serão identificados as tipologias de dados/variáveis consideradas relevantes no contexto brasileiro.

3. Uma descrição dos fluxos de trabalho e respectivos dados coletados no âmbito da unidade de FR do HUCCF será o foco da terceira etapa da metodologia. Serão descritos e analisados os dados atualmente disponíveis, em suas diversas dimensões de forma, formato, conteúdo e guarda e organização.

4. A quarta etapa envolverá a identificação das demandas e necessidades de informação dos profissionais diretamente envolvidos no tratamento da DPOC no HUCCF, o que será feito por meio de um questionário a ser desenvolvido.

Resultados esperados

Cumpridas essas etapas, a expectativa é que se disponha de um conjunto de dados que, organizados e harmonizados junto ao Prontuário Eletrônico do HUCFF, possam fornecer indicadores que permitam não só fazer a vigilância da DPOC como prover um acompanhamento e gestão desse agravo de forma a informar e auxiliar na formulação de políticas de promoção de saúde.

Orçamento

02 Computadores pessoais - R\$ 1.800,00

01 Ar Condicionado 20.000 Btus – R\$ 2.000,00

10 Metros de grades protetoras em ferro – R\$ 1.500,00

200 Metros de cabo ADSL – R\$ 400,00

Mão de Obra Operária – R\$ 2.000,00

Referências Bibliográficas:

OPAS/OMS 2004. Disponível em:

<http://portalweb02.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=17098>.

Acesso em 14/03/2004.

World Health Statistics – OMS 2008. Disponível em:

http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf. Acesso em 20/07/2009.

LESSA, Ines. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, Dec. 2004. Available from

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400014&lng=en&nrm=iso>.

MIRAVITLLES, Marc. Avaliação econômica da doença pulmonar obstrutiva crônica e de suas agudizações: Aplicação na América Latina. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, p. ---. 1 jun. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000300015&script=sci_arttext&lng=e>. Acesso em: 21 ago. 2009.

MALTA, Débora Carvalho. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. Brasília, Vol 15 n.3

Disponível em:

http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10/06/2009.

KLIGERMAN, Débora Cynamon et al. Sistemas de indicadores de saúde e ambiente em instituições de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 1, p.199-211, 2007.

SCHOUT, Denise; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p.935-944, 2007.

Cronograma

	Jan	Fev	Mar	Maio	Junho	Julho	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Dez
Início do projeto	■											
Elaboração do projeto		■										
Desenvolvimento do Projeto		■	■	■	■	■	■	■				
Elaboração textual			■	■	■	■	■	■	■			
Digitação				■	■	■	■	■	■	■		
Revisão textual										■	■	
Apresentação do estudo												■