

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA & TECNOLÓGICA EM
SAÚDE
FIOCRUZ
UNIDADE PORTO ALEGRE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – GEP

**CRIAÇÃO DE UM OBSERVATÓRIO PARA A UNIDADE BÁSICA DE UM CENTRO DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Ivani Bueno de Almeida Freitas

(Versão revisada por Cristina Guimarães)

Porto Alegre

2005

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INFORMAÇÃO CIENTÍFICA & TECNOLÓGICA EM
SAÚDE
FIOCRUZ
UNIDADE PORTO ALEGRE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – GEP

**CRIAÇÃO DE UM OBSERVATÓRIO PARA A UNIDADE BÁSICA DE UM CENTRO DE
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

Projeto de intervenção apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Informação Científica & Tecnológica em Saúde do Curso de Especialização em Informação Científica & Tecnológica em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Ivani Bueno de Almeida Freitas

SUMÁRIO

1 JUSTIFICATIVA.....	1
2 OBJETIVOS.....	7
3 O CONTEXTO INSTITUCIONAL: O SUS EM PORTO ALEGRE E AS DEMANDAS POR INFORMAÇÃO.....	8
3.1 A informação em saúde: situação atual e perspectivas.....	8
3.2 O sistema municipal de saúde de Porto Alegre.....	12
4 METODOLOGIA.....	19
5 RECURSOS.....	20
CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 JUSTIFICATIVA

A atividade acadêmica de desenhar um projeto de intervenção para a conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde permite organizar, com mais densidade teórica e maior potencialidade operacional, uma construção que me acompanha há alguns anos nas atividades profissionais. Essa oportunidade tem sua potência aumentada, já que as reflexões realizadas nas atividades do curso somaram-se e fortaleceram um projeto idealizado e parcialmente implementado no decorrer dos últimos cinco anos. Para justificar sua relevância, descreverei, nesse item, meu envolvimento com o tema, o “estado da arte” e uma primeira descrição da motivação.

Em 1999 iniciei minhas atividades profissionais em Porto Alegre, vindo a atuar em um Centro de Saúde municipal. Naquela ocasião os Estabelecimentos de Saúde vinham se adequando às normas definidas no processo de municipalização. A cidade estava habilitada, segundo a legislação vigente, na condição de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um conjunto de iniciativas foi desencadeado pela gestão municipal da saúde para a viabilização dessa condição. Em 2001, foi apresentado aos trabalhadores do município de Porto Alegre o Planejamento Plurianual da Secretaria Municipal de Saúde (Porto Alegre, 2001). A partir dele, o gestor municipal do SUS, por meio de suas Gerências Distritais, maximizou esforços no sentido de atender suas disposições e também as deliberações da III Conferência Municipal de Saúde, as diretrizes do SUS e as necessidades da população expressam nos indicadores de saúde, nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde (CLIS) e do Conselho Municipal de Saúde. O uso de instrumentos administrativos e gerenciais, principalmente para controle e avaliação de Serviços, tomou proporções crescentes. Com o crescimento das estratégias de controle, dos desafios do planejamento e das demandas por qualidade de saúde, os gerentes de serviços sentiam a necessidade de conhecer: seu território para responder à também crescente demanda de informações; e a produção dos serviços. Essas duas situações seriam importantes para o planejamento das atividades tanto de serviços como da própria SMS.

De um modo geral, a implementação do SUS vem exigindo de gestores e gerentes o uso de ferramentas para melhorar a eficiência de serviços. Portanto, não cabe mais administrar serviços sem pensar em planejamento, emissão de relatórios para análise de situação, resposta a demandas administrativas e sociais em diversos fóruns e níveis de gestão. Aperfeiçoar tecnologias de planejamento e controle no âmbito local passou a ser imprescindível para fazer avançar a implementação do SUS. Mas é importante observar que não é somente no âmbito da gestão e da gerência que há processos de mudança decorrentes da implementação do SUS. A população vem exigindo dos profissionais e dos serviços de saúde o respeito aos seus direitos constitucionais. Ainda que de forma incipiente, a academia tem acompanhado esta evolução do sistema público de saúde, investindo na formação de profissionais para o SUS de acordo com as diretrizes do sistema; e a gestão política do município tende a acompanhar as exigências sociais. Os estabelecimentos municipais de saúde, diante do desafio de construção do SUS, vêm organizando seus serviços de acordo com as suas potencialidades. Desta forma observamos crescentemente a produção de arranjos gerenciais dos serviços de acordo com a situação e realidade de cada região.

No Centro de Saúde (CS), onde desenvolvo minhas atividades, havia uma constante discussão em reuniões semanais de colegiado de gestão sobre os dois itens apontados anteriormente. Porém, este serviço e os demais estabelecimentos municipais de saúde somente encaminham relatórios e dados sobre seus serviços, não havendo o retorno de análises sobre os eventos relatados. Conseqüentemente, existe uma fragmentação de dados, e “encastelamento” de informações. Convém mencionar que se agrega a este cenário a cultura do servidor público de não se interessar pela temática territorialização e não demonstra habilidade para lidar com planejamento. Historicamente se explica esta situação por diversos fatores: a fragmentação política nos níveis locais de gestão pública e das disciplinas que ordenam a implementação de ações de saúde, as tecnologias centralizadoras de administração e seu embasamento em uma racionalidade burocrática, a não utilização do conhecimento/ferramental gerencial pelos trabalhadores em razão da estrutura político-administrativa dos serviços de saúde, entre outros. Apesar de todo este histórico, nos quinze anos de idade do SUS, vem ocorrendo um crescente interesse e envolvimento de profissionais, academia, políticos, empresários e cidadãos em lidar com este sistema público de saúde.

Há cinco anos, este CS vem investindo em sistematizar e utilizar informações sobre o seu território, objetivando reconhecer as necessidades de sua população para a implementação de ações em saúde.

No ano de 2002, realizou-se uma pesquisa para a caracterização de idosos adscritos à Unidade Básica de Saúde (UBS), com dados sócio-econômicos e níveis de dependência. O interesse por este estudo veio da procura da UBS pela população em busca de atendimento domiciliar a idosos acamados. Este estudo subsidiou a estruturação de um programa de atendimento domiciliar, que atende a idosos acamados residentes no território de abrangência da Unidade (FREITAS et al, 2004).

O envolvimento da academia e profissionais foi fundamental para a implementação do programa. Essa experiência, de unir a academia e profissionais no esforço de melhoria dos serviços, teve origem no Serviço de Enfermagem. Foi dessa parceria, que surgiu em 2004, uma proposta de criação de um Setor de Educação no CS que viesse a integrar as disciplinas e que regulasse a questão de estágios, pesquisa, capacitação de pessoal e possibilitasse a gestão do conhecimento.

O Setor de Educação trabalha com uma agenda de pesquisa que vem colaborando com a formação de profissionais para o SUS, qualificação dos serviços e pessoal. Essa agenda surgiu a partir de um levantamento realizado entre as coordenações de serviços e profissionais de saúde que tivessem interesse que algum assunto fosse pesquisado, ou sugestão de tema para palestra ou promoção de capacitação de pessoal. À medida que surgiam oportunidades, as sugestões foram implementadas.

O volume de estudos realizados vem colaborando com informações para o processo de territorialização da UBS, investigação de população em fragilidade e vulnerabilidade social, caracterização de população cadastrada em serviços, subsidiando a gestão embasada em equidade e acessibilidade para os dois níveis de atenção à saúde.

Pode-se citar o desenvolvimento das seguintes atividades:

1. O cadastramento de população das três áreas de risco através do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB), sendo realizada análise de dados em EPI – INFO 6-0;
2. O cadastro de população de duas áreas de risco para o cartão SUS;

3. Mapeamento e caracterização do uso do solo do território (cinco setores censitários) e história da Vila do entorno do CS, vindo a colaborar com a pesquisa de vigilância e educação para a saúde da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul FAENFI/PUCRS (de caráter interdisciplinar e financiado pelo CNPq);
4. Mapeamento e caracterização do uso do solo de duas áreas de risco;
5. Caracterização de pessoas atendidas em dois serviços: Climatério (nível de atenção básico em saúde) e Patologia Cervical (atenção de média complexidade);
6. Estudo referente à: origem de usuários no programa de úlcera de perna, recursos materiais, humanos e conhecimento sobre tratamento de lesões de pele na Gerência Distrital (GD) como subsídio para capacitação de pessoal para o tratamento de lesões, vindo este estudo, a colaborar com a discussão sobre regionalização no atendimento de portadores de úlcera venosa; o uso de bandagem de óxido de zinco manipulada no Serviço de Curativos custos e benefício (atenção de média complexidade);
7. Estudo da fila para agendamento na UBS;
8. Mapeamento das crianças do programa “Pra Nenê” no ano 2004 (atenção básica em saúde) dentre outros;
9. Pesquisas sobre: adesão ao tratamento de úlceras de perna, organização de um banco de dados para o programa de úlceras de perna (atenção de média complexidade), efeitos adversos de imunização no serviço em um período de quatro anos, dificuldades enfrentadas por hipertensos no tratamento pelo SUS, a não procura do resultado de papanicolaou pelas mulheres do serviço de atenção à mulher, (atenção básica em saúde), dentre outros;
10. Capacitação de pessoal: para o acompanhamento de processo de compra de material e elaboração de relatório anual sobre consumo de materiais, para a realização do agendamento eletrônico para usuários da UBS, propondo-se o acompanhamento de absenteísmo.

Infelizmente, ainda são poucos os profissionais que têm se envolvido nestas atividades, cabendo a estes e aos alunos todos os esforços de investigação, coleta e análise de dados. Este cenário é compreensível, já que há uma cultura organizacional ainda hegemônica, herança dos idos tempos anteriores ao SUS, de centralização das decisões e de fragmentação de iniciativas para a Gerência, conforme já foi descrito rapidamente.

A utilização do potencial das investigações realizadas até aqui para subsidiar a (re)orientação de processos de trabalho é focalizada em algumas poucas áreas do CS.

No ano de 2004, pensava-se na realização de um seminário sobre territorialização, utilizando alguns dos dados levantados nos estudos e pesquisas, objetivando o despertar de um contingente mais expressivo de profissionais para a necessidade de se trabalhar as informações para qualificar as ações em saúde. Infelizmente não houve tempo hábil para tal, mas, foi possível contar com um esforço conjunto dos profissionais na elaboração de um relatório de gestão do período 2001 – 2004, como forma de prestação de contas a todos os atores sociais, divulgação de serviços e que vem embasando o trabalho da gestão política do momento (Porto Alegre, 2004). Esse relatório, veio a subsidiar a elaboração de um Documento que permite criar uma Rede de Informação sobre as atividades desenvolvidas em todas as áreas do CS, forma de acesso, profissionais que atuam nas áreas, telefone, responsável pelo serviço, etc. Convém ressaltar, que não se tem notícia neste Estabelecimento de Saúde, da apresentação de relatório de gestão aos atores sociais.

O Setor de Educação vem trabalhando exaustivamente na divulgação de dados, captação de profissionais que utilizem informação para a (re)orientação de processos de trabalho e que queiram discutir os dados enquanto ferramenta de trabalho. Acredito que, este Setor vem cumprindo com o seu papel, mas há uma necessidade de que sejam desenvolvidas e/ou incorporadas novas tecnologias para gerir informações das bases de dados já existentes, das pesquisas em andamento e de outras fontes, de forma a potencializar o uso das informações em saúde para apoiar a gestão e a gerência no âmbito local, bem como o controle social.

Veja-se que, no caso do serviço em questão, já existe certa cultura institucional, um conjunto de iniciativas já está em andamento, inclusive no âmbito da pesquisa e da cooperação interinstitucional, e também já existe um envolvimento

tênue, mas crescente, dos profissionais. Essas parecem ser condições suficientes para supor o sucesso de uma iniciativa como a que está sendo proposta: a criação de um observatório de saúde no âmbito da Unidade Básica do Centro de Saúde, para subsidiar os processos decisórios relativos à gestão, à atenção e ao controle. A iniciativa que está sendo proposta, tem grande potencial de multiplicação, já que as condições de sucesso já elencadas e a necessidade crescente de ferramentas de apoio à decisão mostra a oportunidade de sua implementação e avaliação nesta UBS, com posterior transposição, no que couber, a outros serviços da rede municipal, por meio de intercâmbio. Esta iniciativa tem grande capacidade de subsidiar a formulação de uma política no âmbito do município, o que ampliaria ainda mais sua capacidade de abrangência.

Para fortalecer ainda mais a importância dessa iniciativa, será desenvolvida, na seqüência, uma revisão sobre o contexto em que a iniciativa se desenvolverá no que se refere ao sistema municipal de saúde de Porto Alegre e ao estágio atual da informação em saúde como apoio às decisões da gestão.

2 OBJETIVOS

Geral:

- criar um observatório em saúde a partir de um sistema de informações geográficas, características demográficas e sociais da área de atuação e serviços existentes da UBS de um Centro de Saúde do município de Porto Alegre.

Específicos:

- Promover espaço de discussão de dados que venha a subsidiar ações em saúde.
- Promover espaço de informação como ferramenta auxiliar na comunicação social da Unidade de Saúde e controle social.
- Identificar aplicativo e dados prévios que já estão georeferenciados.
- Identificar universo a ser georeferenciado.
- Identificar dados para espacializar que permitam a observação e reflexão de achados; e que sejam capazes de auxiliar os trabalhadores e gestor a olhar de forma diferenciada para subsidiar ações e planejamento.

3 O CONTEXTO INSTITUCIONAL: O SUS EM PORTO ALEGRE E AS DEMANDAS POR INFORMAÇÃO

3.1 A INFORMAÇÃO EM SAÚDE: SITUAÇÃO ATUAL E PERSPECTIVAS

A relevância da informação para a gestão, para o controle e para a organização da atenção à saúde pode ser identificada, entre outros registros, pela citação de competências de planejamento e vigilância já na Constituição de 1988. Entretanto, são na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei 8080/90) que estão definidas normas e procedimentos operacionais de um sistema nacional de informação para a saúde. Nessa lei, fica explícita uma mudança de status da informação, que passa a ser considerada, mais do que um insumo dos processos de gestão, uma finalidade das ações de saúde. Essa mudança na concepção reordenou uma série de iniciativas, em particular no âmbito do uso da informação, que ampliaram o escopo até então vigente, de coleta e tratamento de dados e disseminação de informações (Ferla et al., 2002). Desde esse marco, iniciativas crescentes em todas as instâncias governamentais vêm sendo publicadas.

Um bom exemplo dessas iniciativas foi a formalização, em 1995, de um acordo de cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). A partir deste acordo, criou-se a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), havendo a participação de representantes destas Instituições, organismos governamentais nacionais e de ensino e pesquisa. Esta rede vem produzindo informações relevantes da realidade brasileira e importantes análises que subsidiam o uso cotidiano da informação.

Mesmo antes da criação do SUS, a área da informação em saúde vem se destacando no cenário da saúde.

Essa área já vem se constituindo a várias décadas, apresentando uma boa tradição no tratamento dos dados, uma significativa quantidade de bancos de dados demográficos, epidemiológicos e de prestação de serviços (...). Uma enorme quantidade de dados e mesmo informações é produzida cotidianamente no país para os mais diversos fins (Ferla et al., 2002, p. 108-9).

Sobre a produção de dados e informações, em particular daqueles produzidos em âmbito nacional por meio dos sistemas de informação em saúde, Mota e Carvalho (2001) mencionam a importância para o suporte à gestão de serviços, reorganizando sistemas, priorização da alocação de recursos, adoção de modelos norteadores de atenção à saúde, concatenando modificações positivas nas condições de saúde da população. Apontam ainda que estes sistemas dependam de coleta primária de dados, exigindo um conjunto relevante de instrumentos adequadamente preenchidos, registrados, armazenados, processados e analisados para, posteriormente, serem divulgados. Muitos destes dados não se convertem em informação pela ausência de condições de processamento ou problema com a qualidade dos dados.

Em relação à tradição de sistemas de informação em saúde, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) é um marco, tendo sido instituído pelo MS em 1975, implementado com apoio do Centro Brasileiro de Classificação de doenças sediado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Apesar da tradição, ainda persistem inúmeros problemas nessa área. Segundo diversos autores, há enormes problemas de disponibilização dos dados coletados nos sistemas nacionais, uma marcada insuficiência dos sistemas de informação em abarcarem o conceito ampliado da saúde com o qual opera o marco legal do sistema de saúde brasileiro, déficits de qualidade e abrangência dos sistemas de informação, uma cultura ainda tênue de uso da informação para os processos cotidianos de gestão e controle, entre outros (Mota e Carvalho, 2001; Andrade e Soares, 2001; RIPSAs, 2002; Ferla et al, 2002; Brasil, 2004). Em relação ao uso da informação nos processos locais, há um grande problema operacional, provavelmente decorrente da cultura institucional já caracterizada: infelizmente as equipes de saúde na sua grande maioria não estão capacitadas para analisar tais dados para que, de forma efetiva, subsidiem suas ações, bem como os instrumentos existentes não possuem uma linguagem orientada que estimule e promova senso crítico determinando uma dimensão intercomunicada de sistemas de informação em saúde (Andrade e Soares, 2001; Ferla et al., 2002).

Em algum nível de gestão, particularmente os de macro decisão, já incorporaram esta atividade.

Andrade e Soares (2001, p. 231) afirmam que a informação cumprirá seu papel desde que disseminada, adotando estrategicamente linguagem facilitada incorporando-se tabelas e figuras que expressem de forma resumida os dados a serem analisados.

A Epidemiologia realiza com maestria o estudo de agravos e situações de risco à saúde de comunidades ou grupos. Tanto a epidemiologia analítica quanto a descritiva traz possibilidades de seu uso pelos serviços de saúde.

Soares, Andrade e Campos (2001, p.183 – 210), mencionam que alguns destes instrumentos podem ser utilizados no cotidiano dos trabalhadores de saúde, auxiliando na elaboração de diagnósticos de saúde. Para tanto, deve ser considerado a necessidade de dados fiéis e completos, com periodicidade regular e contínua. Destacam os autores as vantagens e limitações dos sistemas de informação existentes. O termo “ponta de iceberg” (representam apenas uma parcela da população) demonstra uma das limitações destes sistemas. Indispensável considerar que outras formas de medir saúde devem ser adotadas. A escolha pelo método de trabalho deve atender as recomendações de experiências consolidadas, considerarem a vontade política, e o contexto real de inserção desta capacidade construtiva imprescindível ao trabalho em saúde.

Nesse contexto da informação, como já se mencionou, um conjunto de iniciativas parece apontar para mudanças mais profundas na cultura de uso da informação. O fortalecimento dessas iniciativas teve forte propulsão em 2003, com a elaboração e aprovação, durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, das diretrizes para a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, que tem como propósito:

Promover o uso inovador, criativo e transformador da informação e da tecnologia da informação para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em uma Rede e um Sistema Nacional de Informações em Saúde articulados, que produzam informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimentos e para o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população. (Brasil, 2004)

Percebe-se uma evidente preocupação de ordenamento das iniciativas no âmbito da informação para fomentar a implementação do SUS. Mas percebe-se também um forte deslocamento do eixo das iniciativas até então existentes,

concentradas na coleta e no tratamento dos dados e na disseminação de informações. A Política de Informação, fortemente associada à diretriz constitucional de descentralização, busca justamente o fortalecimento da capacidade local de uso da informação para suporte à gestão do cuidado e dos serviços, além de fortalecer o controle social, não somente nas instâncias formais, mas por meio do acesso a informações pelos cidadãos, conforme está garantido na legislação do SUS.

As iniciativas de fortalecimento do uso local de informações, evidentemente, não é uma criação da Política. Ao menos duas experiências anteriores são relevantes para o que se pretende neste projeto: a proposição de observatórios de descentralização pela OPAS e a criação de um aplicativo denominado Sala de Situação, em parceria entre o Ministério da Saúde e a OPAS. A OPAS deparou-se com a necessidade de obter informações detalhadas ao longo do processo da reforma do Sistema de Saúde no Brasil, estimulando análise de dados em âmbito estadual/regional. Após a elaboração de um documento intitulado O perfil do sistema de serviços de saúde Brasil (OPAS, 2001), por meio da busca e tratamento de dados e análise compartilhada de informações, esta iniciativa se tornou um marco para a implementação de Observatórios Estaduais da Reforma. Esta Instituição (OPAS) realiza considerações sobre as diretrizes para o Observatório, destacando que o acompanhamento do Sistema de Saúde no Brasil deve privilegiar a observação dos princípios e diretrizes deste Sistema. Na concepção de Observatório Estadual aborda o esforço de cooperação técnica no monitoramento de questões relevantes para os processos decisórios e político, não caracterizando substituição às iniciativas e instituições existentes, mas, atuando de forma cooperativa integrando redes, assemelhando-se a uma Sala de Situação (OPAS, 2003).

Uma Sala de Situação de Saúde interage na rede de sistemas de informação produzindo indicadores que codificado por cores traduzem uma avaliação que varia entre uma situação boa a ruim de acordo com parâmetros oficiais (BUENO, 2005). Esse autor descreve em sua tese de mestrado, sua experiência na construção deste método informatizado, integralizador e de diagnóstico dinâmico de saúde de populações. Relata conclusivamente:

A Sala de Situação possibilita também identificar fragilidades dos sistemas de informação [...] Apesar destas limitações, seus aspectos positivos recomendam seu uso para o profissional de saúde, para o gestor e para instrumentalizar o cidadão no exercício do controle social.

Na realidade, a sala de situação é um aplicativo de informática, com versões também em papel, que funciona como dispositivo para associar informações e gerar processos de discussão sobre a realidade do sistema de saúde. Nominado com referência aos conceitos do planejamento situacional, esse dispositivo “funciona” pelo processo que pode desencadear, de planejamento, análise, proposição, controle ou mesmo como estratégia de educação permanente, quando evidencia elementos da realidade local que precisam ser abordados pelos profissionais de saúde. Tanto o recurso tecnológico do Observatório, quanto o aplicativo da Sala de Situação, auxilia no ordenamento de indicadores básicos para subsidiar as Políticas Públicas de Saúde, já que permitem o monitoramento de diversos fenômenos, trazendo uma perspectiva da realidade social. Os indicadores:

São medidas – síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde, vindo a estimular o fortalecimento de capacidade analítica das equipes de saúde e promover desenvolvimento de sistemas de informação de saúde intercomunicados. (RIPSA, 2002)

Revisadas questões básicas acerca do uso da informação no contexto das decisões local e composto um cenário do “estado da arte” das políticas nessa área, é hora de pincelar também o componente local desse cenário, ou seja, do sistema de saúde no qual se pretende implantar esse recurso tecnológico, que formalizará e ampliará o trabalho com a informação já iniciado.

3.2 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE:

O município de Porto Alegre foi criado em 26/03/1772, possui uma área continental e ilhas estimadas em 470,25 Km² no total, e uma população de 1.360.590 habitantes. De acordo com a divisão Regional em Saúde do Estado, o município pertence à 1ª Delegacia Regional de Saúde. Participa de diversas instâncias colegiadas, dentre elas o Conselho Municipal de Saúde (CMS),

Orçamento Municipal e Estadual, Conselho Metropolitano de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Para o recebimento de recursos e dimensionamento das responsabilidades e prerrogativas de gestão, o município é habilitado na Gestão Plena do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como características sócio-econômicas: população residente em área urbana 97,07%, e em área rural 2,93%; moradias com acesso de água potável 99%; domicílios com rede de esgoto 84%; população com esgoto tratado por Estação de Tratamento de Esgotos 25%; população com coleta de lixo 100% (Porto Alegre, 2002).

No ano de 2003 o Relatório de Gestão (Porto Alegre, 2003) apontava para as principais causas de morte no município: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas e doenças infecto parasitárias. No ano de 2002 apresentou os coeficientes que expressam a realidade social do momento: coeficiente de natalidade (nascidos vivos/1.000 habitantes) 14,7; coeficiente de mortalidade infantil (óbitos/1.000 nascidos vivos) 13,93; coeficiente de mortalidade geral 7,37 e coeficiente de mortalidade materna (óbitos maternos/1.000 nascidos vivos) 69,89. Para o índice de mortalidade materna apresentado, convém mencionar que houve a diminuição do sub registro neste ano com a atuação do Comitê de Mortalidade Materna em parceria com o SIM na investigação de morte de mulheres em idade fértil.

As Políticas de Saúde em desenvolvimento no município são: Atenção Promocional à Saúde da Criança e Adolescente; à Saúde da Mulher; à Saúde do Trabalhador, à Saúde do Idoso; à Saúde Indígena; à Saúde Bucal; à Saúde Mental; Política de Nutrição e Aleitamento Materno; de controle de DST/AIDS, e de Assistência Farmacêutica.

O município de Porto Alegre adota uma divisão territorial em Distritos Sanitários de Saúde, em número de 16, havendo 8 Gerências Distritais de Saúde com responsabilidade sanitária sobre eles.

O Centro de Saúde em que se pretende criar o Observatório está inserido na região Noroeste do orçamento participativo, e está sob a gestão da Gerência Distrital de Saúde Noroeste, Navegantes, Humaitá e Ilhas (GDNNHI).

A GDNNHI possui uma população de sua referência estimada em 174.676 habitantes. Os Estabelecimentos de Saúde existentes neste território são: dois hospitais, que atendem a regionalização de atendimento hospitalar para a

Região Norte do município, dois Centros de Saúde, três Unidades Básicas de Saúde, uma Casa de Apoio a mulheres em situação de violência, quatro equipes de PSF, quatro Unidades Sanitárias vinculadas administrativamente ao sistema hospitalar da região que integram o SUS, contando ainda com os serviços: Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA) e CAIS Mental.

O Centro de Saúde onde se pretende desenvolver este Projeto de intervenção possui ambulatorios com atenção básica e especializada, tem um total de 269 trabalhadores de saúde e utiliza um prédio com 18.000 m² de área construída pertencente ao governo federal e cedido ao município.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) deste CS tem uma população adscrita de 63.630 habitantes, moradora em 7 bairros da região Noroeste, totalizando um território de 12,2 Km². É considerada a segunda região mais populosa em número de idosos no município. Além desta população de fragilidade social, encontram-se neste território 3 áreas de população em vulnerabilidade social.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre vem desenvolvendo nos últimos anos um processo de territorialização que corrobora com deliberação da III Conferência Municipal em Saúde, realizada no ano de 2000, e a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, consolida o SUS no cenário nacional, com disposições relativas à universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com integração de ações assistenciais e preventivas: vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Esta lei vem confirmar os propósitos constitucionais, que, em seu artigo 196 consagrou o princípio:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Na III Conferência Municipal de Saúde, uma das resoluções diz respeito ao Modelo de Atenção à Saúde, referindo-se à territorialização, posterior à compatibilização dos territórios dos Distritos de Saúde, Conselho Tutelar, Orçamento Participativo e Conselho Regional de Assistência Social.

Todo o processamento das leis e deliberações é evidenciado na divisão territorial do município de Porto Alegre em oito Gerências Distritais de Saúde, que têm o valor de subsecretarias de saúde, possuindo a mesma configuração territorial do Orçamento Participativo.

Para que o Sistema Único de Saúde com seus princípios organizacionais (como a regionalização, descentralização e hierarquização da rede, das ações e dos serviços de saúde, e o controle social) se efetivassem, estes se tornaram instrumentos gerenciais do sistema público enquanto diretriz de trabalho.

As Unidades de Saúde do município de Porto Alegre nesta linha mestra dos princípios do SUS, passaram a planejar suas ações em saúde de acordo com suas realidades, ocorrendo a plasticidade dos serviços de acordo com as necessidades regionais e a conseqüente agilização na prestação de serviços e ações em saúde.

Não obstante, o Plano Plurianual da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA) vem reafirmar a legislação do SUS. O Planejamento Plurianual 2002 – 2005 da SMS/POA apresenta as diretrizes, sendo que a primeira delas referente ao mapeamento da exclusão social no município. Para tanto, compromete-se com a criação de um Observatório Municipal em Saúde (Porto Alegre, 2001). Observatório em Saúde é uma efetiva ferramenta gerencial que estuda o impacto de ações programáticas na economia, sociedade e ambiente (LUXEMBURGO, 2005).

A partir de então, iniciou-se um movimento de reorganização de serviços e ações de saúde, captação de dados e o despertar dos profissionais de saúde para a implementação de planejamentos.

Observo que expressivas mudanças ocorreram no período 1999 a 2004, porém, as Unidades de Saúde do município ainda se encontram na posição de meros repassadores de dados ao nível central da SMS/POA, encontrando ainda dificuldade em sua instrumentalização para o planejamento de serviços e ações em saúde embasada num sistema de informação. O retorno da análise de dados para as Unidades de Saúde ainda não é realidade.

Acredito num sistema de informação que atenda a singularidade de cada UBS na construção homogênea e global dos serviços municipais. O “encastelamento” das informações não é produtivo para a perspectiva descentralizadora que está presente nas disposições institucionais do SUS. Há de

se envolver a todos na compreensão do comportamento dos dados, gerando desta forma informação suficiente para o gerenciamento dos recursos em saúde.

Em um sistema de informação para a UBS, atendendo a sua especificidade, em congruência ao sistema de informação do Município, haveria o somatório de esforços na sedimentação da melhoria de qualidade dos serviços e vida da população.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) no conceito da Atenção Básica constitui-se de um nível de atendimento com capacidade em atender necessidades de saúde por demandas sanitárias e demandas por ações clínicas, tendo como objetivo atender uma determinada área de abrangência populacional, ou seja, um território (ANDRADE et al, 2001).

Desta forma, quanto maior o conhecimento e produção de informação em saúde a UBS têm sobre a população de sua responsabilidade, as chances de reorganizar processos de trabalho, planejar ações e melhorar as condições de saúde da população aumentam.

Esta condição é verificada nas Unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), com o domínio de informação demográfica, sanitária e epidemiológica. Já as UBS não se encontram em posição tão privilegiada em seu sistema de informação. Agravantes como o modelo assistencial, despreparo dos profissionais na análise de dados e base populacional não inferior a 60 mil habitantes por UBS tornam o trabalho em saúde árduo. Não obstante a este cenário, existem diferenças também gerenciais dos recursos em saúde nos demais níveis de atenção à saúde.

A rede especializada não possui base populacional, porém lida com a distribuição percentual dos recursos existentes, baseado num sistema de referência e contra-referência entre Unidades de Saúde gerenciada a nível Central pela SMS/POA. A distribuição dos recursos ocorre em favor de municípios e não municípios, atendendo então a cidade de Porto Alegre, região metropolitana e interior do estado do Rio Grande do Sul.

Constata-se, portanto, a existência de um leque de possibilidades de oferta e acesso a serviços, de diferentes níveis de atenção à saúde e clientela também diferenciada.

O universo do setor saúde é complexo, porém, a compreensão de suas pequenas partes auxiliará em muito no desenvolvimento do seu mecanismo global.

Para que exista a compreensão destas pequenas partes num município, se faz necessário a criação de um sistema de informação em saúde que auxilie gestor e gerentes de serviços.

Esta necessidade é expressa num estudo de abrangência de 98 municípios gaúchos (respondentes 52 municípios) com o objetivo de se verificar “as formas como vem sendo orientada e implantado a legislação emanada do Ministério da Saúde e como se dá na prática, o confronto entre o legal e o real nos municípios” (SILVA et al., 1996), os gestores municipais realizaram depoimentos que expressam suas preocupações frente a um sistema de informação que permita a administração dos recursos existentes.

Apontam estes gestores e municípios para questões relativas à estruturação de um sistema de controle e avaliação das prioridades do município (46% dos gestores) e a necessidade de auxílio para o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde expresso por 23% dos municípios. Considera – se então que sistemas de informação em saúde permitirão aos gestores e profissionais de saúde sua instrumentalização para o trabalho.

O interesse pela temática surgiu a partir da experiência no assessoramento em planejamento e gestão de Serviço de um Centro de Saúde do município de Porto Alegre.

Percebi a importância de se criar um sistema de informação que permita ser um instrumento de apoio e decisão gerencial e ferramenta de trabalho para todos os atores em saúde.

Esta proposta tem ainda a finalidade de:

- Servir de instrumento para a visualização do trabalho desenvolvido pelos diferentes serviços da Unidade Básica de Saúde e conseqüente proposição de ações em saúde.
- Introduzir no serviço uma cultura de informação suficiente para despertar o sentido em se trabalhar com planejamento em saúde.

Parte de minha vida profissional foi dedicada ao gerenciamento de Serviços, porém, com a legislação do SUS nova realidade se apresenta, assim como a modernidade exige atualização e incorporação de novos conhecimentos, inovação e tecnologia.

Preocupa - me o desconhecimento de profissionais de saúde, gerentes de serviços e usuários quanto à realidade do SUS, na significância de sistemas de

controle e avaliação para o empoderamento do trabalho em saúde como coadjuvante da visão sobre a melhoria das condições de vida da população.

Com este projeto de intervenção espero contribuir com os atores sociais em saúde, com o acesso a um sistema de informação que possa aperfeiçoar direcionar, orientar, formar recursos de saúde em prol do usuário.

4 METODOLOGIA

Como se pretendeu argumentar até aqui, trata-se de um projeto de intervenção que toma o uso da informação para o suporte à gestão, ao controle e à organização da atenção no âmbito local (uma Unidade Básica de Saúde) como campo temático. Busca reativar e implementar uma tecnologia útil e adequada à realidade local, composta por um componente tecnológico de informática e uma base de processo, que envolve participação dos diferentes atores e dispositivos de educação permanente. Para tanto, propõe-se o desenvolvimento do projeto em etapas como forma de sistematizar o trabalho e estabelecer níveis de organização.

- Etapa 1: Identificação de aplicativo e familiarização com o mesmo. Inicia-se aqui o processo de composição do grupo de trabalho, prevendo-se o convite a Escolas para participar do desenvolvimento do projeto.
- Etapa 2: Organização de dados do território e definição do universo que comporá o estudo. Esta etapa deverá permitir um olhar ampliado sobre o universo, possibilitando se vislumbrar um recorte que será necessário à sistematização dos trabalhos. Nesta etapa deverá ser composta a equipe inicial que irá pensar na estrutura dos dados.
- Etapa 3: Definição do recorte do universo de forma democrática, porém que seja de possível intervenção. Sugere-se considerar inicialmente equipes que possuem um trabalho com embasamento científico, como forma de se avançar com segurança sob o suporte de dados com processamento preliminar ou prévio. Possivelmente o trabalho já estará numa evolução que possibilite um piloto do projeto iniciando-se estudo de observação, de constante avaliação e correções necessárias. Fundamental se estabelecer um processo de educação permanente a partir deste ponto.
- Etapa 4: Avaliação do piloto, estabelecendo a sedimentação dos trabalhos e uso desta ferramenta como suporte gerencial, possibilitando a sua ampliação, e conseqüente redefinição do universo de observação.

5 RECURSOS

Recursos Humanos:

- Autor do projeto.
- Profissional de informática que domine o aplicativo de georeferenciamento.
- Profissional em Informática com conhecimentos gerais.
- Profissional de digitação, a ser contratado.
- Alunos das escolas que realizam estágio no CS.
- Profissionais de saúde do Estabelecimento de Saúde que se interessam por pesquisa.
- Funcionário responsável pelos Setores de Estatística, Educação do Centro Municipal de Saúde e de Informação em Saúde da Gerência Distrital.
- Revisor de língua portuguesa, espanhol e inglês que efetuem a correção e tradução de textos para publicação e impressão.

Recursos Materiais e Plano de Despesas

ESPECIFICAÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Caneta	10	1,20	12,00
Lápis	10	1,20	12,00
Borracha	05	0,50	2,50
Disquete	10	1,50	15,00
CD - RW	05	7,00	35,00
Folhas	2000	80,00	80,00
Cópias	300	0,10	30,00
Encardenação	20	3,00	60,00
Transporte	30	1,75	52,50
Hora funcionário	240	2,00	480,00
Hora revisores	12	10,00	120,00
Computador com impressora	01	3.000,00	3.000,00
Programa SPSS	01	1.000,00	1.000,00
Confecção Poster	10	70,00	700,00
Mesa tipo reunião	01	500,00	500,00
Mesa para computador	01	350,00	350,00
Mesa tipo escritório	01	250,00	250,00
Cadeira estofada c/ apoio p/ braço, giratória	02	250,00	250,00
Cadeira estofada s/ apoio p/ braço, fixa	12	150,00	1.800,00
Armário prateleira	01	800,00	800,00
Projektor imagens	01	5.000,00	5.000,00
Lâmpada para projetor	01	2.000,00	2.000,00
TOTAL			16.549,00

Observação:

- a) O autor do projeto deverá ser liberado duas horas diárias de suas funções contratuais para o acompanhamento do desenvolvimento do projeto.

- b) O Estabelecimento de Saúde (ES) deverá providenciar uma sala para a criação do Setor. Esta sala deverá ser arejada, estar em boas condições de uso e com dimensão não inferior a 15m².
- c) Outros materiais de consumo de pequeno porte e disponíveis no ES poderão ser solicitados.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

TRIMESTRES

ATIVIDADES	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º
Revisão de literatura	X	X	X					
Subsídios metodológicos	X	X	X	X	X	X	X	X
Investigação de dados	X	X	X	X	X	X	X	
Análise de dados		X	X	X	X	X	X	X
Criação de mapa digital		X	X					
Definição de dados do Sistema de Informação						X	X	
Apresentação do observatório							X	
Elaboração de relatório final								X
Entrega de relatório final e apresentação pública								X

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. Dados e informações em saúde: para que servem? In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L. (orgs). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. p. 161 – 182.

BUENO, H. **Utilização da sala de situação de saúde no Distrito Federal**. 2003. 109f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Faculdade de Medicina. Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

BRASIL. Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 de setembro de 1990, Seção 1, página 18055.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUS Princípios e Conquistas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FERLA, A.A.; RIBEIRO, L.R.; OLIVEIRA, F.P.. GEYER, C.; ALVARES, L.O.. Informação como suporte à gestão: desenvolvimento de parâmetros para acompanhamento do sistema de saúde a partir da análise integrada dos sistemas de informação em saúde. In: FERLA, A.A.; FAGUNDES, S.M.S. (orgs). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DaCasa/ESP-RS, 2002. P. 107-122.

FREITAS, I. B. A. et al. Caracterização de idosos de uma área adscrita de uma Unidade de Saúde: níveis de dependência e tendências sócio econômicas. **Saúde em Porto Alegre: I Mostra da Produção em Saúde**. Porto Alegre, p. 65 – 70, 2004.

LUXEMBURGO. IST impact assessment observatory. 2005. Disponível em: <<http://www.cords.lu/ist/about/impact-analysis.htm>> Acesso em 15 abr. 2005, 20:19h.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistemas de Informação em Saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. (orgs). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. Cap. 22.

Organização Pan-Americana da Saúde 2001 **O perfil do sistema de serviços de saúde Brasil**. 2ª edição, 2001. Disponível em: http://www.opas.org.br/servico/arquivos/perfil2000_wc.pdf . Acesso em 15 set 2005.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Observatórios estaduais da reforma do sistema de saúde: marco de referência**. 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 15 set. 2005.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Plurianual 2002 – 2005**. Porto Alegre. SMS, 2001. 112 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Porto Alegre. SMS, 2002. Disponível em: <http://www.portoalegre.rs.gov.br> . Acesso em 01 set. 2005.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Porto Alegre. SMS, 2003. <http://www.portoalegre.rs.gov.br> . Acesso em 01 set. 2005.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2001 – 2004**. Porto Alegre. SMS, 2004. 210 pág.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 15 set. 2005.

SILVA, R. A.; CARBONI, M. T.; PIRES, V. T. **Controle e avaliação do SUS:** competência e responsabilidade dos municípios. In: BORDIN, R.; FACHIN, R. C.; KELRING, L. R.; GOLDIM, J. R. (orgs). **Práticas de gestão em saúde:** em busca da qualidade, Porto Alegre, DaCasa, 1996. P. 39 – 49.

SOARES, D.A., ANDRADE, S.M., CAMPOS, J.J.B.. Epidemiologia e indicadores de saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. (orgs). **Bases da Saúde Coletiva.** Londrina: UEL, 2001. P. 161 – 182.