

RUBEM BORGES FIALHO JUNIOR

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Campinas, 20 de Fevereiro de 2004.



Profa. Dra. Maria Rita de Camargo Donalisio
Orientadora

**INFORMAÇÃO EM SAÚDE E EPIDEMIOLOGIA COMO
COADJUVANTES DAS PRÁTICAS EM SAÚDE, NA
INTIMIDADE DA ÁREA E DA MICROÁREA –
COMO (O)USAR MESMO?**

CAMPINAS

2004

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE**

RUBEM BORGES FIALHO JUNIOR

**INFORMAÇÃO EM SAÚDE E EPIDEMIOLOGIA COMO
COADJUVANTES DAS PRÁTICAS EM SAÚDE, NA
INTIMIDADE DA ÁREA E DA MICROÁREA –
COMO (O) USAR MESMO?**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação,
da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade
Estadual de Campinas, para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

ORIENTADORA: PROF^a Dr^a MARIA RITA DE CAMARGO DONALÍSIO

CAMPINAS

2004

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	F441i
V	EX
TOMBO BC/	64444
PROC.	16-1-00086.05
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	22/06/05
Nº CPD	

Bibid: 35 36 66

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

F441i Fialho Junior, Rubem Borges
 Informação em saúde e epidemiologia como coadjuvantes das práticas em saúde, na intimidade da área e da microárea – como (o)usar mesmo? / Rubem Borges Fialho Junior. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Maria Rita de Camargo Donalísio
 Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas.

1. ~~*Saúde coletiva~~. 2. *Serviços de saúde. 3. Epidemiologia. I. Maria Rita de Camargo Donalísio. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Maria Rita de Camargo Donalisio

Membros:

1. Profa. Dra. Maria Rita de Camargo Donalisio

2. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

3. Prof. Dr. Marcos Drumond Júnior

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 20/02/2004

•

Este trabalho é dedicado aos trabalhadores de saúde que buscam no cotidiano de seus espaços locais, a construção de novos caminhos que potencializem as ações individuais e coletivas.

Aos meus pais, Rubem e Dirce, que vibram com estes momentos.

À minha companheira, Mariângela, e aos meus filhos Isadora e Danilo, que acompanharam a “intimidade” deste trabalho.

A respeito desta fase que se encerra (e com certeza de outras que começarão), sinto-me feliz em ter desenvolvido um trabalho, com uma linha da prática dos serviços, que tem a ver com o meu cotidiano, mas que ao mesmo tempo proporciona discussões e se completa nos espaços da produção acadêmica. Isto estimula a continuar neste caminho.

Em todos os trabalhos que a gente desenvolve, quando chega esta etapa, momento das reflexões à respeito do que fizemos, logo vem ao pensamento algumas pessoas que estimularam-nos mais diretamente a chegarmos até aqui. Em geral a gente faz alguns agradecimentos e depois ao passar os olhos no texto, logo vê que esqueceu de mencionar alguém.

Então vamos aos agradecimentos...

Aos trabalhadores e trabalhadoras do Centro de Saúde Integração (primeiro emprego a gente nunca esquece), onde gostaria de simbolizar o grupo com algumas pessoas que me acompanham há muitos anos: Lourdes, Nice, Hilda, Terezinha, Zenaide, Cida, Magaly, Olga, Paula... entre outras, que até já aposentaram, mas com as quais convivi e muito aprendi desde o início de minha prática profissional.

À Maria Rita Donalísio, minha orientadora, que desde o início tem estimulado e proporcionado novas reflexões para a produção deste trabalho.

Aos colegas da PUC-Campinas, pelo estímulo à formação.

Aos trabalhadores e trabalhadoras do Distrito de Saúde Noroeste, nossa NORÔ, espaço importante e vivo para discutirmos as “coisas” da informação e a “liga” com o nível local.

Um agradecimento especial à moçada da VISA NORÔ: Eloísa, Dorinha, Luciane, Neuzinha e Fabiana, que “agüentaram” estes últimos momentos da construção deste trabalho.

Aos docentes do Departamento de Medicina e Preventiva e Social da UNICAMP, que desde os tempos da Residência (tempos vivos de Paulínia), estimularam a

minha formação e o gosto pelas coisas da saúde coletiva. Em especial ao Prof. Edson “papi” Bueno, Prof. Carlos “calucho” Correa, Prof. Heleno e Prof. Helenice, entre tantos outros.

À Prof. Marilisa, que orientou alguns caminhos em momentos importantes para a finalização deste trabalho.

Ao Prof. Emerson e Prof. Gastão, pelas formulações e referências dentro do movimento sanitário e da discussão viva do planejamento, no início dos anos noventa, momentos que nunca esquecerei.

Ao Prof. Luiz Cecílio, pelos momentos, sugestões e ensinamentos que qualificam o nosso trabalho cotidiano.

Ao Marcos Drumond, pela referência na área e pela possibilidade de maior consistência à este trabalho.

À Anna Thereza, colega de “dupla jornada” (PUC-PMC), pelo apoio e solidariedade.

À Cristina Restitutti, pelos conhecimentos compartilhados em busca da valorização da informação.

Aos meus pais Rubem e Dirce, nesta distância tão grande e que nem mesmo a informação aproxima.

Aos meus filhos Isadora e Danilo, pela paciência que tiveram com um “pai em tese” nestes momentos tão importantes da vida e que do jeitinho deles entenderam tanto.

À Mariângela, minha companheira, pelo apoio e carinho constante.

DAS UTOPIAS

*Se as coisas são inatingíveis...ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!*

Mário Quintana

	<i>PÁG.</i>
RESUMO.....	<i>xxvii</i>
ABSTRACT.....	<i>xxxii</i>
MOTIVAÇÕES.....	35
APRESENTAÇÃO.....	41
CAPÍTULO I-SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E A INFORMAÇÃO EM SAÚDE: REVENDO CONCEITOS.....	47
CAPÍTULO II-EPIDEMIOLOGIA E AS PRÁTICAS DE SAÚDE.....	63
2.1-Epidemiologia e sua evolução no Sistema Único de Saúde.....	70
2.2-Epidemiologia, capacitação profissional e os serviços do Sistema Único de Saúde.....	79
CAPÍTULO III-OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE DE USO EPIDEMIOLÓGICO DE BASE NACIONAL E A SUA INSERÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	81
4-OBJETIVOS.....	91
5-METODOLOGIA.....	95
CAPÍTULO VI-OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE EM CAMPINAS E O PAPEL DOS NÍVEIS: CENTRAL, DISTRITAL E LOCAL.....	99
6.1-A responsabilidade na escolha e no uso dos Sistemas de Informação em Saúde e o arsenal de demandas para todos os níveis.....	103
6.2-Informações de base populacional (“o mundo lá fora aqui dentro”).....	108
6.3-Informações da demanda (“o mundo aqui dentro lá fora”).....	112
6.4-Informações e outros instrumentos que caracterizam a estrutura e a oferta de serviços.....	117

6.5-Sistemas e informações em saúde que atendem aos projetos específicos.....	119
6.6-Buscando “forças” para o melhor manejo das informações em saúde.....	121
CAPÍTULO VII-A INFORMAÇÃO EM SAÚDE E A EPIDEMIOLOGIA FAZENDO PARTE DA AGENDA DOS SEVIÇOS DE SAÚDE	125
7.1-Um modelo tecno-assistencial com sotaque campineiro e novos estímulos ao uso da informação em saúde e da epidemiologia.....	127
7.2-A participação dos níveis central e distrital na construção dos Núcleos de Saúde Coletiva local: espaço fértil para as coisas da informação.....	136
CAPÍTULO VIII-O USO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE E DA EPIDEMIOLOGIA NO NÍVEL LOCAL: A RIQUEZA DO TRABALHO NA ÁREA E NA MICROÁREA.....	145
9-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	171
10-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	175
11-ANEXOS.....	185

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACD	Atendente de Consultório Dentário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
API	Avaliação do Programa de Imunizações
AT	Acidente do Trabalho
CAC	Coordenadoria de Avaliação e Controle
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPS	Centro de Atenção Psico-Social
CAT	Comunicação de Acidente do Trabalho
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEVS	Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária
CID	Código Internacional de Doenças
CII	Coordenadoria de Informação e Informática
CIS	Coordenadoria de Informação em Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COVISA	Coordenadoria de Vigilância em Saúde Ambiental
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DGDO	Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DO	Declaração de Óbito

DSNO	Distrito de Saúde Noroeste
ENDEF	Estudo Nacional de Despesa Familiar
ERSA	Escritório Regional de Saúde
FAMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FCA	Ficha de Cadastro Ambulatorial
FCES	Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde
FIE	Ficha de Investigação Epidemiológica
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FPO	Ficha de Programação Orçamentária
FTP	File Transfer Protocol
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HIPERDIA	Sistema Informação para Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HMCP	Hospital e Maternidade Celso Pierro
HMMG	Hospital Municipal Mário Gatti
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICV	Índice de Condição de Vida
IMA	Informática dos Municípios Associados
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVQ	Índice de Valorização de Qualidade
LAPA	Laboratório de Administração e Planejamento
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Assistencial Básica
NOB	Norma Operacional Básica
NSC	Núcleo de Saúde Coletiva

NVE	Núcleo de Vigilância Epidemiológica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar
PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PPI-ECD	Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças
PSF	Programa de Saúde da Família
RIPSA	Rede Integrada de Informações Para a Saúde
RNIS	Rede Nacional de Informações em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SCEI	Sociedade Campineira de Educação e Instrução
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SEHAB	Secretaria de Habitação
SI	Sistema de Informação
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIG2M	Sistema de Gerenciamento de Materiais e Medicamentos
SIGAB	Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial de Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade

SINABIO	Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos com Profissionais de Saúde
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações Sobre Nascidos vivos
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISAED	Sistema de Vigilância Entomológica do Aedes
SISCAT	Sistema de Informação das Comunicações de Acidentes do Trabalho
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SIVISA	Sistema de Informação em Vigilância Sanitária
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOL	Saúde On Line
SSA2	Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área
SUCEN	Superintendência de Controle de Endemias
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TBVE	Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica
THD	Técnico em Higiene dental
TI	Tecnologias da Informação
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VDRL	Venereal Diseases Research Laboratory
VE	Vigilância Epidemiológica
VISA	Vigilância em Saúde
VISATRA	Vigilância em Saúde do trabalhador



RESUMO

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Vivemos um momento rico em relação ao acesso, disseminação e uso da informação nesta virada de século. A oferta e a incorporação de Tecnologias da Informação (TI) tem se dado de forma rápida, possibilitando o uso de inúmeros recursos, embora de forma heterogênea nos diversos rincões. No caso mais específico da saúde, temos tido avanços importantes em relação à descentralização de alguns sistemas de informação até os municípios com a disponibilização de dados e informações a partir de boletins, periódicos, sites e outras formas de divulgação e possibilidades de acesso. Este estudo propõe-se a discutir como a informação em saúde e a epidemiologia têm sido ou podem ser melhor utilizadas pelos serviços do nível local (centro de saúde, equipes do Programa de Saúde da Família – PSF), apontando-se as principais características e dificuldades vivenciadas neste nível. Descreve-se a diversidade de instrumentos (sistemas, aplicativos e planilhas) de uso epidemiológico utilizados no município de Campinas, para atender às mais variadas demandas do sistema de saúde, ou seja, com a expectativa de contemplar a construção de indicadores, que justifiquem o repasse de recursos, que possam dar suporte às ações de vigilância epidemiológica e sanitária e auxiliem no planejamento e gestão. Por outro lado, observa-se o pouco uso destes instrumentos, para identificação e análise de situações que precisam de intervenções e que estão mais próximas do cotidiano das equipes e serviços, ou seja, para análise do perfil epidemiológico mais detalhado da região de atuação, da qualidade de vida dos que lá moram e para avaliação das atividades que as equipes têm desenvolvido buscando impactar as situações indesejadas. Tenta-se com esta dissertação, trazer para mais próximo dos trabalhadores em saúde e gestores locais, a discussão a respeito da importância, possibilidades e formas de utilização dos dados e informações em saúde disponíveis, e ao mesmo tempo refletir como a epidemiologia poderia ser melhor aproveitada enquanto ferramenta de trabalho neste nível. Na busca da valorização e resgate da importância do tema, traz-se a discussão sobre a criação e papel dos Núcleos de Saúde Coletiva (NSC), proposto no modelo tecno-assistencial implantado no município, como um espaço privilegiado e fértil para o desencadeamento e formulações, a respeito das informações que circulam na área de abrangência e atuação dos serviços de saúde, às quais temos chamado de informações da intimidade local. Aponta-se inicialmente três possibilidades para o uso destas informações. A primeira a partir do conhecimento, análise e leitura dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e indicadores tradicionais disponíveis,

a segunda a partir de um recorte destes, aproximando-os para uma releitura no espaço local, com possibilidade de novas construções e acréscimo de informações até então inexistentes e a terceira à partir do conhecimento e da valorização do caso ocorrido que choca e das situações de relevância local. Estas duas últimas possibilidades permitem-nos a construção de “indicadores caseiros”, que por fazerem parte do cotidiano das equipes, possibilitam monitoramento mais próximo tanto das situações relevantes como das ações desencadeadas.



ABSTRACT

In this turn of the century, the moment we live in is intense in terms of access to, as well as propagation and utilization of information. Availability and assimilation of Information Technology (IT) has happened very rapidly, allowing for the utilization, although in a variety of ways, of a number of resources throughout numerous distant locations. In the very specific case of health, we have experienced significant improvements in terms of decentralization of some of the information systems to counties, enabling the availability of data and information from bulletins, publications, web sites and of other means of disclosure and accessibility. This study offers to discussion how information on health and epidemiology has been or may be better utilized by local services (Public Health Centers; Family Health Teams), pointing out the major characteristics of difficulties that are experienced at this level. One describes the many tools (systems, applications and spreadsheets) for epidemiological use, which are employed in the city of Campinas to satisfy the most varied kinds of requirements from the health system, i.e., anticipating the contemplation of a structure of indicators that will justify the allocation of resources that may support epidemiological and sanitary vigilance actions, as well as help in planning and management. Conversely, one can notice the modest usage that is made of these instruments for identification and analysis of situations in need of involvement, which are closer to the teams' and services' daily routine, i.e., for analysis of a more detailed epidemiological profile of the working region, of the life quality of those who live there and for the evaluation of the activities that the teams have been developing in order to impact undesirable instances. Through this essay, we try to bring closer to health professionals and local managers the discussion on the importance, possibilities and forms of utilization of the available health data and information, while, at the same time, pondering on how could a better use of epidemiology be made, when employed as a working tool at this level. In the quest for appreciation and redemption of the theme's importance, one brings up the discussion about the creation and role of the Social Health Nucleuses, proposed by the technical-social model implemented in the City, as privileged and fertile grounds for unleashing and expressing the information that circulates within the area affected by the performance of health services, which we have named as "local intimacy information". Initially, three possibilities for utilization of that information are mentioned. The first one being through knowledge, analysis and reading of the Health Information Systems and the

traditional metrics available; the second one being through cropping of those data, bringing them closer for rereading within the local area, which would bring up possibilities of new structures and addition of information that did not exist up to then; and the third one being from knowledge and appreciation of shocking occurrences and of local relevant instances. These two latter possibilities permit us to structure “domestic metrics”, which will allow for closer monitoring of both relevant instances and triggered actions, since they are part of the teams’ daily routine.



MOTIVAÇÕES

A intenção das reflexões que busco neste momento, a respeito da utilização e valorização da epidemiologia e da informação no nível local são motivadas pela prática profissional que tenho desenvolvido nestes últimos anos. Inicialmente na Residência em Medicina Preventiva e Social, na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) a qual cursei nos anos de 1991 e 1992, participando dos “últimos suspiros de Paulínia”. Até então a UNICAMP mantinha convênio com aquele município. Naquela época concentrei as atividades de R2 na área de planejamento e gestão e tive a oportunidade de conviver com inúmeras discussões a respeito dos momentos vivos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), do Planejamento de Projetos Orientados para Objetivos (um método alemão chamado ZOPP) e do Método Altadir de Planejamento (MAPP), entre outros. Momentos fortes e riquíssimos nas discussões e utilização das metodologias no planejamento dos serviços. Tive contato também neste período, com os primeiros ares da epidemiologia, durante o I Congresso de Epidemiologia, que havia sido realizado em Campinas. Chamava-me atenção a epidemiologia dos serviços. Discutíamos em Paulínia naquele momento o Sistema de Informação em Saúde (SIS Paulínia), a relação rede X hospital, estudos de demanda... e a epidemiologia ligada à gestão. Atribuo minha aproximação em relação ao uso da epidemiologia e da informação em saúde e gestão, a estes ricos momentos.

Após a residência, fui exercer a gerência de serviço, mais precisamente no Centro de Saúde Integração (Região Noroeste de Campinas), onde até então era o “clínico da noite” desde o ano de 1990, pois fazia residência durante o dia. Na verdade este serviço foi o meu primeiro emprego e atribuo a ele e a seus trabalhadores, momentos importantes de aprendizado. Este serviço é campo de estágio para estudantes de graduação da PUC-Campinas, onde iniciei a docência em 1994, junto ao (extinto) Departamento de Medicina Social e Preventiva. Cabe lembrar que o “Integração” naquela época, já contava com matriciamento na área de informação local. Não era denominado Núcleo de Saúde Coletiva (NSC), mas alguns docentes da PUC-Campinas que lá atuavam, trabalhavam alguns indicadores e informações locais, fornecendo um belo material para discussão e gestão local. Inclusive com a utilização de mapas sobre a área de abrangência, pirâmides populacionais e cálculos de coberturas, entre outras ferramentas utilizadas e que eram disponibilizadas ao gestor e equipe local.

Mais recentemente, (já cursando o mestrado) fui trabalhar no Distrito de Saúde Noroeste (DSNO), onde atuando na Vigilância em Saúde (VISA) cheguei sensibilizado pela solidão e dificuldades do gerente local de até então, que vivia (vive), dividido entre valorizar os instrumentos existentes para dar respostas a outros níveis da gestão e apagar os incêndios do dia-a-dia. Era a chegada de uma nova gestão na política municipal de saúde, com um modelo tecno-assistencial¹ que, acreditávamos, poderia valorizar os níveis mais descentralizados e aprofundar um pouco mais as discussões que vínhamos fazendo em relação ao uso das informações em saúde no nível local. A experiência distrital poderia permitir um desfocar / focar em relação a estas práticas, que acreditamos, podem ser menos sofridas e mais agradáveis, possibilitando maior adesão e impacto nas ações desencadeadas, caminhos que estamos tentando construir.

Ainda a respeito deste caminho escolhido, busco em dois autores passagens que me estimularam. A primeira de Bachelard, (1972), quando diz: *"a pesquisa científica se constrói por referência com o mundo dos acontecimentos... ela deve retomar os ensinamentos fornecidos pela realidade para traduzi-los em programa de realização"*. (BACHELARD, 1972) Foi a partir da leitura da realidade, da vivência que tive durante alguns anos, das práticas locais (no centro de saúde), que fiz esta opção. Pesquisar, estudar, buscar alternativas para as coisas que fazem parte do nosso cotidiano, pode tornar-se prazeroso e estimulante.

Neste mesmo sentido gostaria de citar uma passagem de Wright Mills, (1982) onde diz: *"promover a consonância entre pesquisa e biografia é altamente estimulante, pois atribui vida ao estudo, retirando da produção intelectual, poeiras de artificialismo, que recobrem parte da pesquisa acadêmica ou, senão isso, que acabam contribuindo para a representação social da Universidade como redoma, imagem que ainda encontra ressonância no conjunto da sociedade"*. (WRIGHT MILLS, 1982)

Quando no final de 1999, fiz a opção em cursar o mestrado, tinha como expectativa trilhar novos caminhos, dentro da área de Saúde Coletiva, na busca da construção de instrumentos que pudessem ajudar na gestão cotidiana e organização de

¹ Utilizaremos modelos tecno-assistenciais para designar segundo Merhy (1992), tanto a organização de produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. (MERHY, 1992)

serviços no nível local. Entendia que após sete anos de coordenação de um centro de saúde, havia chegado o momento de buscar a troca de experiências entre serviços, e conhecer outras possibilidades de atuar dentro da gestão. Sempre tive o perfil de um gerente que valorizava demais os dados e as informações existentes e produzidas no nível local. Mas a “coisa não virava”. Naquele momento avalei que um dos espaços onde esta troca poderia ocorrer, era na Universidade (embora tivesse clareza que este não seria o único).

Não esperava (naquele ano de 1999) que estivesse tão próxima a possibilidade de propor a utilização de ferramentas como a epidemiologia e a informação em saúde, buscando ligar as ações e trabalhos desenvolvidos pelas equipes em espaços mais definidos (áreas e microáreas), e que estas, (epidemiologia e informação), pudessem participar como cúmplices para a efetivação de uma clínica com mais riqueza e maior comprometimento com a vida. As dificuldades em ligar a informação que sempre esteve disponível e os diagnósticos realizados com ações práticas mais efetivas, sempre estiveram na pauta de muitos gestores locais. Alguns serviços até conseguiam (e conseguem) ser mais impactantes que outros, mas isto sempre acabou sendo uma prerrogativa e decisão pontual de alguns teimosos e persistentes gerentes locais. Neste momento (acredito), deve fazer parte de nossa agenda.



APRESENTAÇÃO

“Qual é a população da nossa área de abrangência? A população moradora na área da equipe azul cresceu muito! Principalmente da microárea¹ 3. Aquela perto da fábrica. Tem muitos casais jovens morando lá. Quantas consultas médicas nós fizemos esse ano? A principal causa de óbito da nossa região foi por infarto agudo do miocárdio. Será que eram nossos pacientes? Esta paciente que encaminhei com alteração de Citologia Oncótica foi à especialidade? Temos várias gestantes adolescentes acompanhando em nosso serviço! Como cresceu o número de Acidentes do Trabalho! Será que estas pessoas têm registro em carteira ou são trabalhadores informais? Teremos de aumentar a quantidade das equipes de referência, tivemos um crescimento populacional com a inauguração deste bairro na microárea 2 da equipe verde. Há inclusive uma solicitação do Conselho Local de Saúde (CLS) neste sentido. Das oito crianças que morreram com menos de um ano na área do centro de saúde, seis eram da área da equipe vermelha. Seriam mortes evitáveis? Temos de aumentar as visitas para pacientes acamados, é uma demanda que vem aumentando segundo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Houve aumento de internações hospitalares por diabetes mellitus em pacientes da nossa área, inclusive com aumento na ocorrência de amputações. Será que eram pacientes do grupo? Precisamos avaliar como tem sido a aceitação e o impacto das ações de nosso serviço...”

Nem todas as indagações ou afirmações feitas anteriormente são desconhecidas para nós trabalhadores da atenção primária e gestores locais. Muitas delas também não são desconhecidas para os moradores das áreas de abrangência dos nossos serviços de saúde, muitos deles usuários destes serviços e que acabam diagnosticando do seu jeito, as mais variadas situações que acontecem. Por outro lado, por mais que o município de Campinas sempre estivesse, na vanguarda do movimento sanitário, não temos tido o hábito e a prática corrente de utilizarmos os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e as informações que nos são disponíveis, para um trabalho mais ligado com o cotidiano das equipes de saúde. Somado a isso muitos dos indicadores existentes não dão as informações com um detalhamento que necessitamos para as ações que temos de desencadear nas nossas

¹ Microárea é uma subdivisão territorial da área de abrangência, e precisa ter limites geográficos bem estabelecidos. O critério preconizado para esta delimitação é social e epidemiológico, ou seja, deve corresponder a um grupamento de domicílios que apresentem, além de proximidade e identidade territorial, um padrão semelhante de vulnerabilidade de agravos à saúde. (SMS, 2001 a)

unidades. No nível local, onde realmente as ações de intervenção devem ocorrer, existe dificuldade para que isto seja discutido e utilizado como rotina. Alguns motivos podem ser explicados e discutidos de forma mais clara. Por exemplo, não faz parte da nossa cultura (ou da grande maioria) a avaliação cotidiana das práticas que temos em nossos serviços ou do impacto das ações desenvolvidas no nível local. Poucos planejamentos realizados contemplam, a partir de informações disponíveis, o desencadeamento de ações estabelecendo metas prévias e impactação nos problemas elencados. Projetos até são desenvolvidos, mas a avaliação do impacto pouco ocorre. Também não cabe atribuímos este pouco uso da informação existente somente ao espaço local, em geral afogado em outras demandas, mas também aos outros espaços da gestão, como por exemplo, os distritos de saúde onde esta prática em geral tem sido pouco comum, exceto nas épocas de planejamento para o “ano seguinte”.

Acreditamos que se buscarmos a discussão a partir do nível local, com a participação, matriciamento e apoio dos NSC, poderemos conseguir uma leitura mais próxima e com maior apropriação das informações disponíveis ou criadas no cotidiano, que são complementares às ações práticas individuais e coletivas das equipes de saúde.

Com este trabalho, procuramos a partir da análise sobre a informação em saúde que temos utilizado em nossos serviços, aproximarmos as informações, dados e fatos que nos estão disponíveis, para as ações que desenvolvemos na intimidade da área e microárea de nossa atuação. Temos atualmente no município cinco distritos de saúde, onde cada um possui sob sua responsabilidade alguns centros de saúde (variam de sete a doze por distrito). Cada centro de saúde possui sua área de abrangência, a qual está dividida em áreas para atuação de três a seis equipes de referência, sendo cada uma destas áreas das equipes de referência, subdividida em quatro microáreas, espaço territorial de referência para a atuação de um ACS. As discussões a respeito desta nova configuração da área e a possibilidade de relacionarmos as informações existentes a estes espaços, tem estimulado o envolvimento das equipes e desencadeamento de projetos de intervenção muito ricos e próximos do cotidiano.

Isto ocorre também ao realizarmos o cadastramento de usuários e domicílios no município de Campinas, pois temos procurado valorizar para a discussão e delimitação das microáreas das equipes, o aspecto social e epidemiológico, aliado às informações sócio-demográficas e limites dos setores censitários² já disponibilizados pelo Censo 2000, o que permitirá uma maior riqueza na utilização das informações que extrapolam àquelas já conhecidas pela saúde.

Procuramos organizar a apresentação deste trabalho de maneira que possa haver uma seqüência nos temas abordados e melhor entendimento na sua leitura, com a expectativa de inquietar, auxiliar e estimular os trabalhadores de saúde, para que utilizem no seu cotidiano, ferramentas como a informação em saúde e epidemiologia, buscando conhecer um pouco mais a intimidade dos espaços de atuação.

No primeiro capítulo, fazemos breve descrição a respeito dos conceitos hoje utilizados sobre SIS, informação e indicadores de saúde, a partir de referências desta área. Trazemos ainda a discussão a respeito da conceituação dos termos informações e dados, buscando entender e quem sabe ampliar, o que estamos realmente utilizando na nossa prática diária. No capítulo seguinte (segundo), após um breve resgate dos passos históricos da epidemiologia, trazemos as preocupações de alguns autores a respeito das crises e dificuldades enfrentadas pela área, além dos movimentos e definições da Política de Saúde, em relação à epidemiologia e sua utilização nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). No terceiro capítulo citamos os SIS de uso epidemiológico de base nacional e a importância que têm para a análise da situação de saúde e para as definições de ações a partir dos municípios.

Após a definição dos objetivos e da metodologia utilizada, buscamos no sexto capítulo, descrever os SIS que são atualmente utilizados no município de Campinas, buscando a definição dos papéis dos níveis central, distrital e local, apontando ainda como tem se dado a utilização destes sistemas e os movimentos existentes na busca da

²Setor Censitário é a área mínima de referência para o georreferenciamento de informações demográficas e de saúde que tem sido utilizada pelo Censo do IBGE, por manter maior homogeneidade socioeconômica possível, situação rural/urbana, ocupação do espaço urbano (favela/urbanizada), continuidade das feições espaciais (sem interrupção por acidentes geográficos).

valorização desta área. No capítulo seguinte (sétimo), por vivermos um período de mudanças no modelo tecno-assistencial em nosso município, com a chegada do Paidéia³ (Programa Paidéia de Saúde da Família)⁴, durante a “gestação” desta dissertação, fazemos uma breve discussão sobre as possibilidades que este modelo traz em relação ao uso da epidemiologia e da informação em saúde, trazendo ainda de forma breve, alguns modelos comprometidos com o movimento sanitário na sua relação mais direta com a epidemiologia. Discutimos ainda neste capítulo, a participação dos níveis central e distrital em sua relação com a constituição e funcionamento dos NSC local. No oitavo capítulo fazemos a discussão a respeito de outras possibilidades do uso da informação em saúde pelo nível local, motivação maior deste trabalho. Apontamos três possibilidades para o uso das informações em saúde no espaço local. A primeira à partir dos indicadores tradicionais apontando cuidados e necessidades de sua adequação para melhor leitura nos espaços mais locais; outra com a releitura e recortes destes, que o tornem mais adequados ao uso no nível local, agregando informações até então inexistentes; e a terceira possibilidade, à partir das situações e casos relevantes do cotidiano. As duas últimas possibilidades citadas, permitem a construção do que estamos chamando de “indicadores caseiros”, que estão próximos do cotidiano das equipes e que nos mostram as informações que estão na intimidade da área e de microárea dos serviços.

Nas considerações finais (último capítulo), temos um ar otimista. Fala mais alto o lado prático do sanitarista, que ainda acredita que uma melhor instrumentalização das equipes de saúde com o uso da informação em saúde e da epidemiologia, poderão ser facilitadoras no processo de trabalho cotidiano.

³ O termo Paidéia é uma noção clássica da democracia ateniense e refere-se à formação integral do ser Humano Foi criado na época que os gregos sonhavam com cidades democráticas e a construção deste método a construção destas cidades dependeria de um método novo de governar e viver. Para fundar um governo democrático eles se valiam da Agora, que era uma assembléia do povo: as pessoas reunidas para traçar o próprio destino. (Campos, 2000b)

⁴ Programa Paidéia de Saúde da Família é como passou a ser chamado o novo modelo tecno-assistencial implantado em Campinas no ano de 2001, onde entre outras características, estimula o acolhimento, responsabilização, vínculo, adscrição da clientela e Clínica Ampliada. (Campos, 2001)



***CAPÍTULO I- SISTEMAS DE
INFORMAÇÃO EM SAÚDE E A
INFORMAÇÃO EM SAÚDE:
REVENDO CONCEITOS***

Embora a preocupação maior desta dissertação seja em relação ao uso da informação em saúde no nível local (centro de saúde e equipes de referência), seria importante resgatarmos o que tem sido falado em nosso país sobre SIS nos últimos anos, a partir de artigos, discussões e documentos oficiais. Entendemos como importante que tenhamos inicialmente um pano de fundo para analisarmos os motivos dos inúmeros SIS existentes, o uso, as limitações e as dificuldades de interlocução entre estes sistemas, mesmo com o aporte que tem ocorrido de Tecnologias da Informação¹ (TI) no país nos últimos anos.

Para que possamos introduzir a discussão a respeito do uso da informação em saúde nos capítulos seguintes, seria pertinente descrevermos alguns conceitos utilizados neste texto, a respeito do que sido mais consensual sobre Sistemas de Informação (SI), Sistemas de Informação em Saúde (SIS), informação em saúde e indicadores de saúde dentro das práticas do SUS.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO (SI)

Buscaremos trazer inicialmente o conceito de SI a partir de publicações existentes na área de saúde, onde em grande parte são artigos, relatórios e documentos diretamente ligados à área de Vigilância Epidemiológica (VE), pois na saúde foi das áreas pioneiras (ainda em história recente na década de setenta), na utilização de instrumentos padronizados para coleta de dados no país.

O Informe Epidemiológico do SUS (1994), define SI como *“uma reunião de pessoas e máquinas, que visam a obtenção e processamento de dados que atendam à necessidade de informação da instituição que implementa esse sistema”*. Refere ainda que cada SI *“reflete o sistema decisório da área que vai subsidiar”*, ou seja, se da educação ou da saúde, estruturam-se com a mesma lógica e irão refletir as características do sistema (de educação ou saúde) onde estão inseridos. (BRASIL, 1994 a)

Na publicação do ano seguinte (1995), este informativo aponta ainda a importância dos SI serem concebidos como instrumentos para a tomada de decisões, sejam na dimensão técnica ou de políticas a serem formuladas e implementadas: *“o sistema deve*

¹ Tecnologias da Informação (TI) é definida como o conjunto de *hardware e software* que desempenham tarefas de processamento de informações, tais como coleta, transmissão, armazenagem, recuperação, manipulação e apresentação. (CARVALHO; EDUARDO, 1998)

ser concebido, pois, na qualificação de suas ações, como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade”, e mais adiante o texto finaliza, atribuindo ao SI a importância de promover a integridade do sistema de saúde. (BRASIL, 1995)

Em 1998, em uma publicação direcionada para gestores municipais de serviços de saúde, chamada Saúde & Cidadania, Carvalho e Eduardo (1998) definem o SI “*como um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, provêem informação de suporte à organização*” e observam que um SI “*em geral, processa dados de maneira informatizada ou não, e os apresenta para os usuários, individuais ou grupos, que são os responsáveis pela sua interpretação*”. (CARVALHO; EDUARDO, 1998)

Para o Guia de Vigilância Epidemiológica (2002), o SI “*seria o conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados, que atuam integradas e articuladamente, com o propósito de atender às demandas para o qual foi concebido*” ou ainda “*o conjunto de estruturas administrativas e unidades de produção, perfeitamente articuladas, com vistas à obtenção de dados, mediante o seu registro, coleta, processamento, análise, transformação dos dados em informação e a sua oportuna divulgação*”. Este texto conclui, que “*um sistema de informação deve disponibilizar o suporte necessário, para que o planejamento, as decisões e as ações dos gestores em um determinado nível decisório, (municipal, estadual ou federal), não sejam baseadas em dados subjetivos, em conhecimentos ultrapassados ou em conjecturas*”. (BRASIL, 2002 b)

Buscando sintetizar as definições anteriores, citaremos Moraes (1994), a qual considera que os “*SI são instrumentos colocados a serviço de determinada Política, sendo estruturados para dar respostas a determinados interesses e práticas institucionais*”. Logo, segundo a autora, é importante discutirmos e entendermos o contexto em que estão estruturados. No nosso caso, o Estado brasileiro, as Políticas Sociais vigentes e neste caso mais especificamente, a Política de Saúde que está em pauta. (MORAES, 1994)

De forma alguma queremos ser simplistas com as conceituações somente oriundas da saúde, mas a intenção que temos é de introduzir o tema da informação e entendemos que uma abordagem com conceituações da área, torna a abordagem mais próxima neste momento.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SIS)

Várias são as publicações da área da saúde que conceituam, analisam as características e definem as funções dos SIS para seu funcionamento. Serão citadas neste momento algumas linhas que buscam representar o que mais tem se falado sobre SIS nos últimos anos, mais precisamente a partir da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990.

A LOS (1990), já previa uma maior valorização dos SIS, e no seu Capítulo IV - Da competência e das atribuições, Seção I, Art.15, IV, coloca como uma das atribuições do SUS a *“organização e coordenação do sistema de informação em saúde”* ou ainda no Art.47, onde previa a organização de um Sistema Nacional de Informação em Saúde, buscando integrar os níveis, federal, estadual e municipal, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços. (BRASIL, 1990 b)

O Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), para a Europa, conceitua o SIS, como *“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”*. Enquanto que o Departamento de Serviços Técnicos Especiais da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) o define como: *“conjunto de componentes (estruturas administrativas, departamento de estatística de saúde, unidades de informação em saúde) que atuam de forma integrada e que têm por finalidade produzir a informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no sistema de serviços de saúde”*.(OPAS, 1984)

Para os Informes Epidemiológicos do SUS (1994 e 1998), o SIS *“constitui-se num componente do sistema de saúde e tem como propósito geral facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos, e programas de saúde, subsidiando o processo de tomadas de decisões, com vistas a contribuir na melhora da situação de saúde da população”*. Define como funções deste sistema, *“o planejamento, a coordenação e supervisão dos processos de seleção, coleta, aquisição, registro, armazenamento, processamento, recuperação, análise e difusão de dados e geração de informações”*. (BRASIL, 1994 a; BRASIL 1998 b)

Segundo o Informe Epidemiológico do SUS (1998), pela complexidade de ações que são desenvolvidas pela área da saúde, ou que necessariamente, têm caráter intersetorial, muitos dados precisam ser conhecidos e analisados. Alguns são coletados e processados regularmente no setor saúde outros são produzidos extra-setorialmente, e cabe ao SIS, a articulação com os setores e órgãos que os produzem. Diz o texto: “*sendo assim, o SIS deve obter e fornecer dados nas seguintes áreas: Demografia: incluindo informações sobre a população, mortalidade e natalidade; Morbidade: morbidade hospitalar e ambulatorial, registros especiais, seguro social, acidentes de trânsito, acidente de trabalho... Meio ambiente: saneamento básico, abastecimento de água, destino dos dejetos e lixo, poluição ambiental, condições de habitação, estudo de vetores; Recursos de saúde e produção de serviços: recursos físicos, humanos, financeiros, produção na rede de serviços básicos de saúde e em outras instituições de saúde, vigilância sanitária; e documental e administrativa: legislação médico-sanitária, referências bibliográficas e sistemas administrativos.* (BRASIL, 1998 b)

O Guia de Vigilância Epidemiológica (2002), entende o SIS como “*parte dos sistemas de saúde, e como tal integra suas estruturas organizacionais e contribui para a sua missão... É constituído por vários subsistemas, e tem, como propósito geral, facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões.* Ainda neste sentido, cabe ressaltar a importância da concepção do SIS que o artigo aponta, em que este “*deve ser hierarquizado, no qual o fluxo ascendente de variáveis ocorra, de modo inversamente proporcional à agregação geográfica, ou seja, no nível local deve-se dispor de maior número de variáveis, para as análises epidemiológicas*”. (BRASIL, 2002 b)

Moraes (1994), a partir de experiência adquirida (conforme registra a autora), propõe que para o desenho de um SIS, deveríamos ter respostas para as seguintes perguntas: “*Por que se registra esta informação? Para que será utilizada? Quem a utilizará? Como será empregada? Por quanto tempo será útil esta informação?*” (MORAES, 1994)

Donalísio (1993), a respeito da organização do SIS, propunha pensar a descentralização dos sistemas de registros para os níveis locais da gestão: “*a análise e a agregação dos dados devem responder aos objetivos definidos a priori no modelo de*

atendimento local". Local entendido aqui como unidades básicas de saúde. Fala também a respeito do desenho de um SIS, e propõe os seguintes questionamentos quando na sua criação: "*Que informações são necessárias? Qual a periodicidade dos dados coletados? Quais os critérios de agregação das informações? Qual o formato da divulgação delas para cada um dos níveis gerenciais?*" (DONALÍSIO, 1993)

Por maiores dificuldades que possamos ter nos municípios (e principalmente nas unidades de saúde) em relação à organização e utilização dos SIS, tem ocorrido um grande avanço e investimento por parte do governo federal no que se refere às propostas de organização e valorização para o maior uso da informação em saúde nas práticas do SUS.

Foram várias as iniciativas e definições para a área de informação em saúde surgidas a partir Constituição de 1988 e LOS já citadas, mas também a partir da Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB-96), Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 e 01/2002 (NOAS 01/01 e NOAS 01/02) e Programação Pactuada Integrada para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD). Estas iniciativas tem não só valorizado, mas responsabilizado estados e municípios, para fazerem a gestão dos SIS. Ou seja, cabe a estes cada vez mais produzir, organizar, coordenar, fazer discussão e acompanhamento dos indicadores gerados, a partir de definição de metas pré-estabelecidas.

Ao descrevermos os conceitos e características necessárias a um SIS, observamos que são abrangentes, além de serem inúmeras, as respostas que devem ser dadas por estes sistemas. Estas respostas dizem respeito, por exemplo, a aspectos administrativos, à organização e funcionamento (estoque, pessoal), à qualidade do atendimento prestado (procedimento realizado, qualidade da atenção), à mortalidade, dizem respeito às condições de vida das pessoas, mas também da moradia e do perfil epidemiológico da região onde moram. Como podemos observar, para o trabalho na saúde, vamos de aspectos administrativos e organizacionais até o enfoque do ato clínico. São as especificidades de quem trabalha com a saúde, logo é importante que não tenhamos um "sistema frio". Segundo Carvalho e Eduardo (1998), "*essa especificidade exige para a implantação de um SIS uma clara fundamentação clínica e epidemiológica em planejamento, programação e avaliação em saúde, além dos conhecimentos de SI e TI*". (CARVALHO; EDUARDO, 1998)

Para isso (talvez nem fosse aqui o espaço para o “puxão de orelhas”), e trazendo para o nosso cotidiano, seria imprescindível que os gestores (não só municipais e distritais), mas do nível local (centro de saúde), colocassem na pauta do dia estas discussões. Conhecer os instrumentos de gestão (que vamos descrever ainda neste texto), mas que às vezes são entendidos como papéis a serem preenchidos, planilhas que tem de ser entregues em prazos definidos, levando a perda do uso enquanto instrumentos de monitoração e avaliação das práticas de saúde.

INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O Guia de Vigilância Epidemiológica (2002) traz-nos que informação em saúde *“é o esteio para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças”*. O mesmo artigo valoriza as informações e dados que são produzidos por outros setores que não a saúde, e atribui aos gestores do sistema a articulação com outros órgãos que são responsáveis pela produção e organização destes. (BRASIL, 2002 b)

A respeito desta ampliação e necessidades de informações que extrapolam a área da saúde, mas que têm relação direta, Moraes (1994), concordando com isso, avalia que *“na prática fica muito difícil delimitar o campo de abrangência das informações em saúde. Adotando o conceito ampliado de saúde, também devem ser entendidas e consideradas como informações em saúde, àquelas acerca da alimentação, moradia, saneamento, etc... ou seja, acerca das condições gerais de vida e trabalho”*. (MORAES, 1994)

Indo ao encontro das colocações da autora, podemos observar que existem outras fontes disponíveis de informação no país que permitem a construção de indicadores de saúde que agreguem outras informações mais abrangentes (de “fora” da saúde). É possível utilizarmos fontes do próprio Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o qual também dispõe de outras informações além das tradicionais, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através do censo e de outras pesquisas a ele ligadas, como a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNADS), o Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), entre outros.

Teixeira (2000) conceitua informação em saúde como “*o conjunto das informações sociais, demográficas e epidemiológicas produzidas por instituições públicas e privadas, utilizadas como apoio ao planejamento e tomada de decisão*”. Para este autor, informação em saúde “*é fundamentalmente um instrumento de gerência*”. (TEIXEIRA, 2000)

Para Branco (1996), a finalidade da informação em saúde seria “*identificar os problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para a análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento*”. (BRANCO, 1996)

Da mesma forma que foram apontados avanços nos últimos anos na área de saúde, em relação à constituição dos SIS, algumas preocupações e ofertas em relação às informações em saúde necessárias ao trabalho no cotidiano dos serviços vêm acontecendo. Um dos primeiros passos (que julgamos importante), seria os municípios (alguns), deixarem de ser somente repassadores de dados, mas passarem efetivamente a produzir, organizar, coletar e coordenar a informação em saúde de sua região de competência.

Outro passo importante, diz respeito ao acesso e disponibilização das informações até os municípios. A disseminação das informações no país foi atribuída ao DATASUS, que representa um papel importante como “*centro tecnológico de suporte técnico e normativo para a montagem dos sistemas de informática e informação em saúde. Suas extensões regionais constituem a linha de frente no suporte às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde*”. Somado a isso, várias são as iniciativas hoje no país que vão nesta direção, e cabe destacarmos entre elas, a Rede Nacional de Informações para a Saúde (RNIS) e a Rede Integrada de Informações Para a Saúde (RIPSA), que visam aproximar as informações existentes para que cheguem no mínimo, até os municípios. (BRASIL, 2003 b)

A RNIS foi uma iniciativa do MS, desde 1997, para possibilitar a comunicação eletrônica e disseminação de informações entre as secretarias estaduais e municipais e o MS, possibilitando ainda a troca de experiências entre todos os níveis do SUS. Esta rede integra através a internet, todos os municípios brasileiros, sendo uma das maneiras de atingir e instrumentalizar (mesmo os municípios menores), em relação ao uso de TI.

Destacariamos também a RIPSA, instituída pelo MS em 1997, com o apoio da OPAS, com objetivos de documentar e compatibilizar os SIS existentes, definir indicadores básicos de saúde para a análise da situação de saúde no país e disseminação de informações, que são passos importantes na busca da integração da área de informação em saúde. A participação de vários setores produtores de informação, gestores do sistema, unidades de ciência e tecnologia, possibilitaram uma visão ampla na construção da área no país.

Entre os movimentos mais recentes que vêm acontecendo no país na área de informação em saúde, e decorrentes de processo participativo de vários setores como o Conselho Nacional de Saúde, OPAS, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), entre outros, temos o grupo que atualmente discute os principais fundamentos da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), o qual foi desencadeado a partir do VII Congresso da ABRASCO. Estas discussões levaram a uma proposta que está no documento “A Construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde” (em sua versão 1.3), apresentado em dezembro de 2003 na 12ª Conferência Nacional de Saúde. Cabe citarmos um trecho deste texto que diz: *“A PNIIS deverá enfrentar o desafio da integração e articulação das informações em saúde, que facilmente subsidiem o conhecimento de ações e serviços de saúde e de seu impacto na situação de saúde da população”* e mais adiante aponta entre suas diretrizes, a busca da integração dos SIS existentes sendo o Cartão Nacional de Saúde um passo importante neste processo de construção. (BRASIL, 2003 d)

Conforme fomos descrevendo os conceitos à partir destas publicações da saúde, pudemos observar que de forma geral a informação em saúde aponta para uma atividade meio e não fim. Embora tenhamos feito uma descrição mais abrangente, dos sistemas e informações até os municípios, não poderíamos deixar de lembrar, que internamente a estes, (nos serviços), o manejo das informações ajudam-nos a orientar as práticas do cotidiano, auxiliam-nos para avaliarmos o impacto das ações que temos desenvolvido e possibilitam recortes do nosso espaço de atuação. Mas existem condições importantes para que isto ocorra. A busca de maior sensibilização para o uso das informações existentes pelas equipes de saúde é condição indispensável. Estabelecermos compromissos em relação ao uso, retorno e discussão da informação, e cada vez maior adequação do instrumental a

ser utilizado são condições importantes para que de fato isto ocorra. Neste sentido aponta Donalísio (1993), *“o retorno das informações às equipes prestadoras do atendimento à população, dá sentido às informações coletadas e pode gerar um processo de envolvimento e compromisso das equipes com a qualidade do trabalho”* (DONALÍSIO, 1993)

INDICADORES DE SAÚDE

Cabe lembrarmos neste momento, a construção de indicadores de saúde, que são informações em saúde, produzidas com periodicidade definida realizada a partir dos dados que são coletados pelo SIS. Entre os vários conceitos pesquisados temos que indicadores de saúde são *“parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo”*. (ROUQUAYROL, 1993)

Definindo que indicadores de saúde são variáveis suscetíveis a mensuração direta, que refletem o estado de saúde de pessoas numa comunidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define um número mínimo básico de indicadores de saúde e os classifica em cinco modalidades: Indicadores da política sanitária, de Saúde, Indicadores sociais e econômicos, Indicadores da prestação de atenção à saúde, Indicadores da cobertura da atenção primária e Indicadores do estado de saúde.

Carvalho e Eduardo (1998), conceituam indicadores de saúde como *“formas numéricas ou não, obtidos a partir dos SI, como saídas a partir dos dados coletados, utilizados para se mensurar as atividades realizadas, ou o grau de risco de um evento ou agravo à saúde, e para atribuir valor a dados ou aspectos da realidade que se deseja conhecer, quantitativa ou qualitativamente, e, a partir desse conhecimento, intervir para alcançar metas e objetivos”*. (CARVALHO; EDUARDO, 1998)

Obviamente nos níveis considerados maiores (regiões, municípios e distritos), teremos indicadores que permitam avaliar e desencadear ações a partir de análises e comparações entre municípios e serviços. Já para o nível local as necessidades são outras.

Os indicadores necessários devem ser adequados e próximos, que permitam maior aproximação na leitura. A respeito deste *zoom* necessário, faremos a discussão no final deste trabalho onde iremos deter-nos mais na possibilidade do uso de indicadores mais caseiros e que podem ser construídos a partir do olhar do cotidiano. O indicador do caso ocorrido, do caso que choca e das situações relevantes do cotidiano. Informações da intimidade local.

Tentamos com este panorama inicial, além da introdução do tema, contextualizarmos os avanços e dificuldades que temos tido dentro do SUS, em relação ao uso da informação. Impossível falarmos de SI, SIS, informação em saúde e indicadores de saúde separadamente. Esta divisão que fizemos foi meramente didática. Nossa intenção, no entanto, é mantermos esta discussão na agenda dos gestores e trabalhadores de saúde, além de estimularmos o conhecimento e a aproximação entre estas ferramentas e a prática cotidiana. Em grande parte das vezes falta maior clareza em relação a qual informação que realmente estamos necessitando. Quais os dados precisam ser coletados. Também o excesso da montagem e criação de sistemas, aliado ao não uso das informações que estão disponíveis, propiciam desgaste e o não reconhecimento da informação em saúde e da epidemiologia, como ferramentas complementares e necessárias à gestão e às práticas em saúde dos serviços nos diversos níveis de atuação.

INFORMAÇÕES E DADOS

Buscaremos trazer ainda neste tópico, a discussão a respeito de dois conceitos que tem permeado o planejamento e o desenvolvimento deste trabalho, e que poderíamos dizer, tem estimulado a discussão a respeito da utilização da informação em saúde e da epidemiologia no nível local. A importância destes conceitos fica mais evidenciada quando fazemos o contraponto com o significado atribuído a estes termos pelas Ciências Sociais, que entendemos, estão muito próximos do que estamos propondo pensar a respeito das informações da intimidade da área e da microárea.

Se iniciarmos conceituando a partir do Aurélio (1996), “*informação* são dados acerca de alguém ou de algo; comunicação ou notícia trazida ao conhecimento de uma pessoa ou do público; conhecimento, participação. *Dado* é o princípio em que se assenta

uma discussão, elemento ou quantidade conhecida que serve de base a resolução de um problema, elemento ou base para a formação de um juízo”. (DICIONÁRIO ELETRÔNICO AURÉLIO, 1996)

A busca em referências da área de saúde do MS, como o Guia de Vigilância Epidemiológica (2002), traz-nos que *informação* é o conhecimento obtido a partir dos dados, o dado trabalhado, o resultado da análise e combinação de vários dados, ou ainda a descrição de uma situação real, associada a um referencial explicativo sistemático. Seria um instrumento essencial para a tomada de decisão, sendo fator desencadeador do processo informação-decisão-ação. Em relação ao termo *dado* diz que é um valor quantitativo referente a um fato ou circunstância, o número bruto que ainda não sofreu qualquer espécie de tratamento estatístico ou ainda a matéria-prima da produção da informação”. (BRASIL, 2002 b)

Para Penna (1995), a *informação* não é gerada apenas pela consolidação de dados e posterior construção de indicadores, e sim pela nossa capacidade de formar um juízo da situação a partir dos indicadores. Complementa a autora: “*estamos habituados a pensar os dados enquanto medidas quantificáveis, o mesmo sendo estendido à informação. O próprio desenvolvimento das técnicas epidemiológicas nos leva a valorizar o dado quantitativo e matematicamente elaborado, enquanto informação ao mesmo tempo valiosa e cientificamente válida. Dados ou indicadores não falam por si, precisam ser interpretados*”. (PENNA, 1995)

Carvalho e Eduardo (1998), definem *informação* como o significado que o homem atribui a um determinado dado, por meio de convenções e representações. Estes autores utilizam o semáforo para exemplificar, onde o significado de cada um destes dados foi convencionalmente atribuído. “*Toda informação, portanto, deve gerar uma decisão, que, por sua vez, desencadeará uma ação. O nosso cotidiano é um processo permanente de informação*”. (CARVALHO; EDUARDO, 1998)

Para Moraes (1994), “*dado é uma descrição limitada do real, desvinculada de um referencial explicativo e difícil de ser utilizada como informação por ser ininteligível*”. Já “*informação é uma descrição mais completa do real, associada a um referencial explicativo sistemático. Pode-se dizer que é a representação dos fatos da realidade com*

base em determinada visão de mundo, mediante regras de simbologia. Em geral observa-se um acúmulo de dados, mas com pouca transformação em informação que subsidie a tomada de decisão”.(MORAES, 1994)

Buscando esta conceituação nas Ciências Sociais e mais propriamente na sua relação com a pesquisa, para Bruyne (1977), *“informações são freqüentemente traços, já significantes, antes de qualquer pesquisa científica, estão no campo doxológico, da realidade de todos os dias, da experiência e do saber pré-reflexivo do conhecimento espontâneo e ingênuo, é o dado primeiro da investigação, a ser transformado e reduzido”.* Esta informação torna-se dado, pela própria aplicação das técnicas. Opera-se uma seleção específica segundo as problemáticas da pesquisa ou mesmo segundo as hipóteses de trabalho que orientam a elaboração e verificação teóricas. Para o autor *“a informação conserva a significação das práticas sociais (o senso comum), o dado deve então neutralizar essa significação primeira e transformá-la em significação pertinente para a pesquisa. O dado faz-no abandonar o solo doxológico e nos introduzir na região epistêmica. Esta permanece dependente do terreno originário, mas permite subvertê-lo e fornecer um conhecimento particular sobre ele”.* (BRUYNE, 1977)

Esta passagem do autor chama-nos atenção para os momentos em que temos eventos relevantes ou situações que nos chocam (no cotidiano) e que a partir da identificação destas, passamos a desencadear ações para “validá-las” e definirmos ações de atuação, baseados no conhecimento mais íntimo do caso. Contribuição importante desta área para refletirmos sobre o que temos utilizado na prática cotidiana. Partir de situações e informações relevantes do cotidiano, e irmos construindo a nossa investigação (“a nossa pesquisa”), enriquece os nossos atos. É o que proporemos e discutiremos mais no final deste trabalho, com a possibilidade da utilização dos eventos sentinela.

Mais adiante o próprio autor diz que seria conveniente substituírmos o termo *dado* que não é inocente, mas consagrado pelo uso, *“pelo termo apreendido, pois é realmente de uma apreensão do real que a investigação científica quer se assegurar em seu pólo técnico”* (o da coleta de dados). (BRUYNE, 1977)

As conceituações que trouxemos oriundas das publicações da área da saúde, embora questionem o excesso de dados, parece-nos que partem em geral destes. Estas trazem também como observação, o cuidado para a não confusão entre dado e informação,

onde existe a preocupação (concordamos), de que não é a quantidade o que interessa, mas o uso e a interpretação que fazemos destes. É possível com poucos dados (“ou banco pequeno”), extrairmos uma grande quantidade de informações.

Embora não seja nossa intenção maior aprofundamento a respeito da dinâmica da pesquisa e de seus pólos metodológicos, fazermos um breve relato do contato que tivemos e com outras possibilidades de entendimento a respeito dos dados e informações que circulam no nosso cotidiano, trazem a possibilidade de analisarmos as informações da intimidade local, “olhando” a partir dos dados e sua transformação em informação, mas também a partir da informação que temos até chegarmos ao dado ou o que foi “apreendido do real”.

Seria importante fazermos um breve resgate, a respeito da epidemiologia e sua evolução histórica, e mais especificamente da epidemiologia moderna e de algumas crises pelas quais tem passado na visão de alguns autores. Estes autores identificam as insuficiências desta, para ajudar na resolução dos problemas das populações e das situações a que somos submetidos nos tempos atuais. Não gostaríamos, neste momento, de ampliar a discussão para os grandes desafios epistemológicos⁷ que estão dados em relação à epidemiologia nos últimos anos, mas sim resgatarmos as possibilidades de uso que temos.

Em muitos momentos quando da discussão a respeito da epidemiologia, surge a pergunta: é ciência, uma ferramenta ou um campo profissional?¹ Além disso, a busca de rompermos com os dogmas e preconceitos e trazê-la para mais perto do cotidiano dos serviços, está dado como um dos objetivos deste trabalho. Outra expectativa é revermos de forma breve, como a epidemiologia tem sido utilizada pelos serviços de saúde, se somente nos diagnósticos ou como ferramenta constante de trabalho, no manejo para o melhor uso da informação em saúde.

Para Barreto (1998), a dupla inserção da epidemiologia, *“de conciliar o papel de disciplina científica, portanto produtora de conhecimentos originais sobre o processo saúde-doença, e ao mesmo tempo, de campo profissional, participante dos esforços pelo cuidado das saúdes das populações”*, permite as possibilidades de ser pensada em vários ângulos e perspectivas. (BARRETO, 1998)

Buscando contextualizarmos de forma breve os passos dados na história pela epidemiologia, Drumond Jr (2001) a partir de Susser e Susser (1996), faz o resgate e a descrição da epidemiologia em três eras sucessivas para o estabelecimento de seus paradigmas. O primeiro paradigma surge na primeira metade do século XIX, com base na “teoria dos miasmas”², e as propostas de intervenções neste paradigma, estavam relacionadas a medidas para ampliar a salubridade das populações. Embora estas intervenções não caracterizassem propriamente um modelo epidemiológico, Susser e Susser (1996), denominaram este período “Era das estatísticas sanitárias”. Fazia-se, por exemplo, comparações entre cidades industrializadas com as regiões agropastoris.

¹ Epistemologia seria o estudo crítico dos princípios, das hipóteses e dos resultados das diversas ciências, e que tem por objetivo determinar a origem lógica (não psicológica) das ciências, seu valor e seu alcance objetivos. (JAPIASSU, 1975)

² Miasmas seriam emanções mefíticas (podres, fétidas, cheiro nocivo) do solo, tida como causas das doenças.

A partir do fim do século XIX, surge o segundo paradigma baseado na "teoria dos germes". Define-se então, um modelo explicativo para as doenças (modelo bacteriológico unicausal e bio-ecológico), baseado na bacteriologia e na identificação de alguns microorganismos, como por exemplo, da tuberculose, trazendo os conceitos como virulência, transmissibilidade, infectividade, entre outros. Traz ainda este modelo, uma ampliação para preocupações na relação com o ambiente, e conseqüentemente a tríade clássica "agente-hospedeiro-ambiente". Este modelo demonstra seus limites no final na segunda metade do século XX.

Para buscar "dar conta" do surgimento das doenças crônicas e degenerativas (câncer, doenças cardiovasculares...), que o modelo anterior começava a mostrar sinais de insuficiência, surge durante a segunda metade do século XX o paradigma da "caixa-preta". Tem como base a comparação entre grupos compostos de indivíduos idênticos em suas características, exceto pela presença ou ausência de algum fator escolhido e avalia se este fator evita ou determina uma doença em estudo. Decorrente deste modelo surge então o paradigma hoje (ainda) dominante da epidemiologia dos fatores de risco, etiológica, analítica ou moderna.

No final do século XX (década de setenta), surge uma visão alternativa de epidemiologia, a epidemiologia social latino americana. Esta tece críticas aos efeitos perversos do capitalismo na saúde dos povos. Suas análises propunham o entendimento dos contextos sócio-econômicos que determinavam os padrões de saúde-doença das populações a partir de categorias analíticas derivadas do materialismo histórico e dialético, tais como processo de trabalho, modo de produção, reprodução social e classes sociais. Para a realização dos seus objetivos, apontava para a necessidade de ruptura com o modo de produção e superação do capitalismo. Segundo Drumond Jr (2001), embora com algumas "fragilidades e dificuldades", como por exemplo, a defesa da autosuficiência em sua metodologia e de um modelo explicativo único e generalizado, o sujeito coletivo foi valorizado, e teve papel "ideológico" importante na luta política pela democracia e fim das desigualdades sociais e constituição do SUS em nosso país.

A respeito da crise pela qual passa a epidemiologia moderna, vários autores (Goldbaum, 1992; Breilh, 1991; Barreto, 1998; Drumond Jr, 2001), apontam insuficiências na forma como esta estabeleceu-se, e que teria limitações para produzir conhecimento adequado e modificar positivamente o estado de saúde das populações.

Nas palavras de Drumond Jr (2001), ao analisar a epidemiologia na sua vertente moderna, avalia que esta *“afastou-se de ser um instrumento orientador das abordagens de saúde pública. A realidade é complexa demais para se encaixar nos seus modelos fechados de análise. A identificação de múltiplos fatores de risco, sem dúvida contribui para orientar linhas gerais em política de saúde. No entanto, a sua abordagem tem se limitado apenas a esta identificação, em estudos baseados no isolamento de fatores da realidade complexa, sem uma avaliação de indivíduos ou populações reais, que fazem escolhas e modificam seu comportamento permanentemente, ou seja, inseridos em contextos de múltiplas relações articuladas, sejam biológicas, sociológicas, ou culturais. Além disso, a sua rigidez metodológica muitas vezes se distancia da realidade dos serviços, tornando-se inadequada ou insuficiente para orientar, definir, monitorar ou avaliar ações concretas desenvolvidas pelos sujeitos no seu cotidiano”*. Traz-nos ainda este autor o debate sobre as insuficiências do paradigma científico dominante moderno³, em abordar a realidade para explicar a crise também presente na área da saúde pública e da epidemiologia. *“Na saúde pública ao constatar a complexidade do quadro sanitário de populações e a baixa eficácia de intervenções propostas para alguns tipos de agravos. No interior da epidemiologia, as críticas mais contundentes se referem à epidemiologia moderna como metodologia dominante e as lacunas existentes no conhecimento produzido através de uma metodologia que enfatiza os estudos de base individual, apoiada em modelos probabilísticos, em conseguir abordar e explicar a complexidade do quadro sanitário”*. (DRUMOND JR, 2001)

Para Goldbaum (1992), o objeto de análise da epidemiologia vem sofrendo alterações, e atribui isso às mudanças ocorridas devido às transformações sofridas pelas sociedades humanas. O autor define três períodos distintos para estas alterações. Um

³ O paradigma científico dominante moderno preconiza a aquisição progressiva do conhecimento verdadeiro, alcançável através da exploração metódica da natureza de acordo com regras definidas e uma postura epistemológica adequada. (SOUZA SANTOS, 1987)

primeiro que se caracteriza pelo predomínio das doenças atribuídas à pobreza das populações, gerando altos índices de mortalidade, causadas por doenças infecto-parasitárias e nutricionais. Com a melhora das condições de vida, principalmente nos países centrais, registram-se mudanças no perfil epidemiológico que revela um segundo padrão determinado pelas doenças crônicas, mais especialmente as cardiovasculares e finalmente, cita como terceiro período, os agravos determinados pela contaminação ambiental, trabalho, iniquidades sociais, uso de drogas e violência urbana. A este tipo de descrição, com diferentes momentos, com perfis epidemiológicos diferentes e definidos deu-se o nome de “transição epidemiológica”. Mais adiante o autor acrescenta: *”o retorno renovado de velhas doenças, como a dengue e a cólera, entre outras, com a emergência de novas doenças, como a AIDS, vem tornando sistematicamente cada vez mais complexo o conhecimento dos perfis epidemiológicos, tomando feições de extremas particularidades, especialmente, naqueles países de estrutura sócio-econômica semelhante a do Brasil”*. (GOLDBAUM, 1992)

Para Barreto (1998), em um artigo chamado “Por uma Epidemiologia da Saúde Coletiva”, já são conhecidas as críticas feitas à epidemiologia moderna por autores latino-americanos a respeito das explicações sobre agravos e as insuficiências para ações de prevenção e intervenção. Para o autor, *“o mais interessante, que críticas similares se fazem crescentes na literatura internacional, principalmente na de origem norte-americana”*. Este autor procura conceituar a epidemiologia moderna, a partir do ambiente acadêmico norte-americano, espaço mais vivo desta produção, e a partir do qual, tornou-se a tendência predominante na produção científica internacional na área de epidemiologia. *“Na sua vertente mais radical, seria problema epidemiológico, aquele que, embora relativo a presença de eventos mórbidos em sua população, tenha a sua observação e sua análise realizadas no nível individual (...) A epidemiologia clínica, centrada no estudo e casos, derivou-se do seu interior”* (BARRETO, 1998)

Nas décadas de setenta e oitenta, a epidemiologia moderna passa por algumas crises, onde além das insuficiências para dar respostas aos problemas sanitários, surgem também críticas dos próprios núcleos de produção desta vertente. Segundo Barreto (1998), as críticas vinham de diferentes contextos, com motivações e percepções diferentes, além de propostas e soluções diferentes. Este autor procura sistematizar como esta discussão tem

aparecido na literatura científica, apresentando as “seis crises da epidemiologia moderna”: *“crise do paradigma dominante (na qual nos detivemos no início deste capítulo), crise das formulações teóricas, crise resultante dos compromissos históricos da epidemiologia, crise de sua relação com a prática da saúde pública e crise da capacidade explicativa”*. (BARRETO, 1998)

Para procurarmos “fechar” ou quem sabe até polemizar um pouco mais este primeiro momento a respeito da epidemiologia e suas crises, cabe trazer uma passagem de Testa (1992), em seu “Pensar em Saúde”, onde afirma que a epidemiologia sempre procurou ser uma ciência social, incorporou aspectos sociais em suas pesquisas, isto sendo inclusive traduzido nas definições que seu conceito foi adquirindo. *“As sucessivas ampliações do conceito são acompanhadas de uma mudança no modelo da epidemiologia, o que se reflete de forma direta no método epidemiológico”*. A unicausalidade acaba cedendo terreno para a multicausalidade, um importante avanço, ao levar em conta uma série de variáveis até aquele momento marginalizadas, mas a maneira de tratar estas variáveis, mantinha-se a mesma: correlações múltiplas e análise de fatores. Para ele, *“a contradição com que os epidemiologistas se confrontavam era seguinte: estarem conscientes da necessidade de considerar a epidemiologia como uma ciência social (e portanto, de que seu modelo devia ser complexo e mal definido) e, ao mesmo tempo procurar construir um modelo do tipo das ciências naturais, isto é, relativamente simples, mas principalmente bem definido”*.

Conclui o autor, *“isto não poderia conduzir a não ser a explicações parciais e a políticas ineficazes a longo prazo, o que nos leva a examinar as formas com que se procurou resolver a contradição, isto é, a maneira pelo qual eram introduzidos, na determinação epidemiológica os aspectos sociais. Ocorria a oposição de variáveis consideradas sociais, sobre um esquema básico, que era o que realmente explicava a gênese e distribuição das enfermidades”*. Para Testa, o que é fundamental na tentativa da epidemiologia incorporar os aspectos sociais, é a forma com que ela busca esta incorporação, deixando separada a determinação epidemiológica da determinação social, e com isso os epidemiologistas nunca conseguiriam resolver sua contradição, logo teriam dificuldades de construir políticas de saúde eficazes a longo prazo. (TESTA, 1992)

A intenção com esta breve discussão sobre os rumos da epidemiologia moderna, vêm na busca de mostrar, a partir de alguns autores, como tem se dado historicamente a evolução da epidemiologia e a mudança ou ampliação de seus conceitos e de seu uso, a partir das necessidades e do aumento da complexidade das situações que convivemos.

2.1-EPIDEMIOLOGIA E SUA EVOLUÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Observamos que o uso da epidemiologia como ferramenta, para o trabalho com os dados e com as informações em saúde produzidas a partir dos serviços, tem sido mais valorizado desde a implantação do SUS. Mas este uso, ainda tem se limitado ao espaço maior dos municípios, “oxalá”, dos distritos de saúde. Trazemos entre os objetivos deste trabalho, a busca de maior aproximação com a utilização da epidemiologia no nível local, (centro de saúde e áreas de atuação das equipes de referência do PSF), ao falarmos mais especificamente do município de Campinas.

Não é de hoje que as possibilidades de utilização da epidemiologia nos serviços de saúde mostra-se diversificada e com um amplo cardápio de ofertas. Já no ano de 1983 em seminário organizado pela OPAS “Usos y Perspectivas de la Epidemiologia”, esta aparecia com possibilidade de atuação em quatro grandes campos: estudos da situação de saúde, vigilância epidemiológica, estudos causais e explicativos, além da avaliação de serviços, programas e tecnologias de saúde. Castellanos (1987), ao referir-se à utilização da epidemiologia na América Latina, pontuava na época que *“sin embargo, en nuestros países el desarrollo há sido muy desigual em estos cuatro campos”*. (CASTELLANOS, 1987)

São inúmeros os textos e documentos oficiais desde a LOS no ano de 1990, que se referem aos papéis a serem desempenhados pela epidemiologia, e delegam a esta, responsabilidades na participação, como por exemplo, de avaliações sobre o perfil e situação de saúde das populações, ações de vigilância epidemiológica e sanitária, construção de indicadores para oficializar o repasse de recursos ou ainda para a avaliação de serviços. Todas estas demandas resgatam a importância da epidemiologia como ferramenta para o planejamento, organização e gestão de serviços, e muito embora este uso tenha relação direta com a atenção à saúde, o uso nas práticas do cotidiano é ainda muito

pequeno, como por exemplo, para detecção e monitoramento de situações de risco e intervenção.

Conforme bem afirma Goldbaum (1992), as possibilidades e perspectivas da utilização da epidemiologia em serviços de saúde já são consagradas em inúmeros textos e por diferentes autores. Este autor (que também cita a atuação da epidemiologia nos quatro grupos citados por Castellanos), faz críticas à superficialidade com que a epidemiologia é utilizada em grande parte das vezes: *”os estudos sobre situação de saúde, escassamente desenvolvidos, restringem-se, quando são realizados, aos tradicionais diagnósticos de saúde, de caráter bastante genérico, predominantemente descritivos e acríticos e com capacidade explicativa restritiva face ao seu pequeno poder discriminante”*. (GOLDBAUM, 1992)

Na busca de resgatar os importantes passos dados, em relação ao reconhecimento do papel a ser desempenhado pela epidemiologia, a LOS (Brasil, 1990), que criou o SUS, nos dá diretrizes e aponta momentos importantes para a utilização da epidemiologia, quando cita, no seu capítulo I artigo 5º, ao definir entre os objetivos do SUS a *“identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social (execução de políticas que visem a redução de risco de doenças e outros agravos..) e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”*. No artigo 6º, além de listar no campo de atuação da saúde as ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador entre outras, define (no inciso XI parágrafo 2º), vigilância epidemiológica como *“o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos”*. (BRASIL, 1990 a)

Nos anos seguintes à criação das leis maiores, movimentos e discussões têm acontecido, buscando resgatar o papel e as responsabilidades da epidemiologia nos serviços do SUS. Várias normas, portarias e proposições têm aparecido na tentativa de complementar as leis até então estabelecidas. Além de avanços por parte de setores do governo federal, outros espaços têm possibilitado a ampliação das discussões. Entre estes

férteis espaços podemos citar a comissão de Epidemiologia da ABRASCO, os Congressos Brasileiros de Epidemiologia, ou grupos de epidemiologistas vinculados às universidades e a serviços públicos, em geral oriundos do movimento da Reforma Sanitária⁴.

Tentaremos a partir do momento histórico destes acontecimentos mais recentes, citar algumas propostas relevantes que apareceram, referentes à epidemiologia, na sua relação com os serviços, embora procurando evitar a desvinculação de sua ação nos serviços com os outros usos como a pesquisa e o ensino. Após a LOS, começam a aparecer necessidades de adequações das diretrizes mais gerais da política de saúde no país. Por exemplo, surgem as Normas Operacionais Básicas (NOB), a partir da avaliação a respeito do estágio de implantação e avaliação do SUS, e que se voltam mais direta e imediatamente para a definição de estratégias e movimentos táticos que orientem a operacionalidade deste sistema, são os instrumentos de regulação do SUS.

Até o momento da Norma Operacional Básica 93 (NOB 93), mesmo com a presença e apontamentos a respeito das responsabilidades da epidemiologia perante a “lei maior”, citada anteriormente, pouco sobra de recursos e investimentos de outras áreas consideradas mais prioritárias na saúde. O relatório da Oficina Novas Perspectivas da Epidemiologia no Município, durante o V Congresso Brasileiro de Epidemiologia observa que *“durante a NOB 93, a epidemiologia era o primo pobre pedindo para sobrar recursos das ações de média e alta complexidade”*. A pouca inserção nos serviços e as ações em geral sendo desenvolvidas de forma vertical (ações de vigilância epidemiológica exercidas pelo nível estadual), não permitiam e nem deixavam sobrar espaços para o investimento maior nesta área. A prioridade dos municípios naquele momento, era a descentralização da rede de serviços ambulatoriais e atenção hospitalar. (ABRASCO, 2003)

Ao analisar o uso da epidemiologia no SUS, Drumond Jr (2001) diz: *“os modelos de planejamento, tecno-assistenciais e de organização dos serviços propostos no país, apesar de muitas identidades, têm visão diferenciada sobre a ênfase e o uso da epidemiologia nos serviços de saúde”*, e mais adiante complementa o autor: *“por outro*

⁴ Para Sonia Fleury, Reforma Sanitária é desde meados da década de 80, o termo mais encontrado em todos os discursos políticos, discussões acadêmicas e documentos oficiais da área de saúde no Brasil. Para autora há uma diversidade ou até ausência de conceituação coerente. Para ela, *“refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza, na busca do direito universal à saúde, e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado”* (TEIXEIRA, 1989).

lado a própria área de epidemiologia, sem especificar a adesão a um modelo específico, tem buscado analisar as suas insuficiências em instrumentalizar as práticas de saúde através dos Planos Diretores para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil” (DRUMOND JR, 2001)

Seria interessante e inclusive indo ao encontro das observações feitas no parágrafo anterior, que fizéssemos um breve resgate histórico, dos períodos mais recentes a respeito dos momentos, forma de entendimento e necessidades de uso pelos quais tem passado a epidemiologia em nosso país, onde as definições e os caminhos a serem seguidos têm sido discutidos por formuladores representativos, de segmentos que não estão necessariamente no governo.

Barreto (2002), durante o V Congresso Brasileiro de Epidemiologia - EPI 2002 - resumiu o desenvolvimento da epidemiologia em nosso país em três etapas: a primeira que vai da década de setenta até o ano de 1984, quando ocorreu a consolidação dos grupos de saúde coletiva, com forte influência dos grupos de medicina social. Daquele período até hoje, cita dois marcos mais importantes. Um deles, a *I Reunião Nacional Sobre Ensino e Pesquisa na Epidemiologia* (Nova Friburgo, dezembro de 1984, a qual define a constituição e objetivos desta comissão na ABRASCO). O outro marco importante, seria o encontro: *Rumos da Epidemiologia Brasileira – reunião nacional de avaliação e perspectivas* (Olinda, 1994), que ocorre no final da segunda etapa (que vai de 1985 até 1994). Ressalta a importância destes dois encontros citados, por trazerem questões relacionadas ao sistema de saúde. Cita outros encontros importantes que marcaram esta segunda fase: o *Seminário sobre perspectivas da Epidemiologia frente à reorganização dos serviços de saúde* (Bahia, 1986), e o *I Congresso Brasileiro de Epidemiologia* (Campinas, 1990), ano em que surge o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI). Para Barreto “*este possibilitou a aproximação entre os epidemiologistas da Academia e os serviços de saúde*”. A terceira etapa inicia em 1994, com o *II Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia 1995-1999*, “*mostrando que o processo de consolidação do SUS levava a uma transformação do papel da epidemiologia nos serviços de saúde*”. (BARRETO, 2002)

Um texto chamado “A Epidemiologia nos Serviços de Saúde”, no II Plano Diretor (ABRASCO, 1995), referente ao período 1995-1999, identifica naquele momento, as principais áreas de atuação da epidemiologia voltadas para os serviços de saúde: o estudo

da situação de saúde, a vigilância de doenças e outros agravos e a avaliação dos serviços de saúde. Cabe lembrar, que o II Plano Diretor teve ainda a preocupação em abordar além da epidemiologia nos serviços, a relação da epidemiologia com o ensino e com a pesquisa.

Este plano aponta ainda os principais problemas em relação a estas três áreas de atuação nos serviços. Em relação aos estudos da situação de saúde cita dois problemas principais: o primeiro, seria o conhecimento insuficiente das condições concretas de saúde da população, para permitir intervenções estratégicas, pelos serviços de saúde. Recomenda então, que deveríamos utilizar metodologias que permitam intervenções diferenciadas sobre grupos com perfis epidemiológicos diferentes, o uso de abordagens que incorporem as análises espaciais e geoprocessamento⁵ e o trabalho com técnicas rápidas de diagnóstico e pequenos números. O segundo problema seria a incompatibilidade de alguns sistemas de informação em saúde e dificuldades de acesso às bases de dados existentes, além da baixa utilização dos equipamentos de informática pelos serviços, onde a desagregação destes dados não contempla todos os níveis do sistema.

Em referência à vigilância de doenças e outros agravos, avalia que os programas de vigilância são restritos aos problemas e agravos à saúde de notificação compulsória, propõe ampliar o elenco de doenças, buscar o enfoque de risco, melhorar a análise dos dados disponíveis entre outras propostas. Já em relação à terceira área de atuação da epidemiologia nos serviços (avaliação), traz como problema a insuficiência de estudos epidemiológicos que permitam avaliar a necessidade, adequação e efetividade dos serviços prestados. Em geral, os estudos existentes não conseguem acompanhar as ações e programas desenvolvidos, nem avaliar o impacto que estas ações causam. (ABRASCO, 1995)

A Norma Operacional Básica 96 (NOB-96), introduz novos critérios (populacionais) para a distribuição de recursos através do Piso da Atenção Básica, além de um acréscimo de remuneração, segundo outras características e atividades desenvolvidas como PSF, PACS, algumas ações de vigilância epidemiológica e sanitária, avançando para a descentralização de ações, com repasse fundo a fundo, entre outras inovações. Estes

⁵ Geoprocessamento ou georreferenciamento é o conjunto de técnicas e dados que permitem o desenvolvimento de análises de aspectos da saúde coletiva, onde a localização espacial é elemento primordial à compreensão do problema. (BRASIL, 2003 b)

recursos seriam remetidos com base em uma Programação Pactuada Integrada (PPI), sendo os bancos de dados nacionais instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Dependendo do nível de gestão em que os municípios estivessem habilitados, responsabilidades e requisitos seriam solicitados, o que estimula a relação entre gestores. Considerando o nível de gestão e as ações de epidemiologia, teríamos: na Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), a elaboração de programação municipal de serviços básicos, avaliação de impacto das ações sobre a saúde dos munícipes e comprovação para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica e sanitária entre outros. E na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), capacidade para avaliar o impacto das ações do sistema sobre a saúde municipal e meio ambiente, comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica, sanitária e zoonoses, bem como execução de ações para o controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras. Diversos aspectos são considerados baseados no uso da epidemiologia. (BRASIL, 1996)

Embora com estes avanços, várias críticas são feitas por parte de sanitaristas e formuladores do movimento sanitário, como por exemplo, quando o governo federal seduz os municípios, com algumas ofertas de caráter verticalizado. Bueno e Merhy (1996), avaliam que a *“NOB 96 fere a autonomia de gestão dos municípios ao assumir claramente posição pelos modelos de ação programática e vigilância à saúde, privilegiando no financiamento, os municípios que desenvolverem os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde”*. Além disso, estes autores criticam a maneira que a NOB 96 estabelece a relação entre a clínica e a epidemiologia. Para estes autores, com esta “cesta básica”, poderão ocorrer mudanças na área de saúde, mas existe a necessidade de um maior impacto em outros problemas mais complexos que atualmente existem, como a AIDS, por exemplo. *“A contraposição do modelo clínico ao epidemiológico é uma falsa questão maniqueísta, como se o modelo clínico fosse do mal, sem a possibilidade de uma nova ética com acolhimento, vínculo, responsabilidade e compromisso, o que só é possível no modelo epidemiológico que é do bem. É necessário compreender que a clínica e a epidemiologia são, e sempre serão, instrumentos complementares da assistência. A clínica se utiliza da epidemiologia para a construção de sua abordagem e a epidemiologia se utiliza da clínica no mesmo sentido”*. (BUENO; MERHY, 1997)

O relatório da Oficina “Novas Perspectivas da Epidemiologia no Município”, durante o EPI 2002, diz em relação à NOB 96 que “*embora esta implementação esteja se dando de forma diversa em estados e municípios, de modo a adequá-lo às realidades locais, os resultados têm sido muito positivos*”. O relatório desta oficina cita que há valorização da epidemiologia para estados e municípios, maior envolvimento de gestores nestas ações e avanço político na gestão das ações de epidemiologia, entre outros. (ABRASCO, 2003)

Ainda no ano de 1999, a municipalização das ações de epidemiologia tem maior impulso, após a publicação da portaria 1399/MS (BRASIL, 1999), a qual veio regulamentar a NOB 96, no que se refere à competência federal, estadual e municipal em relação à epidemiologia. Esta portaria aborda ainda sobre a Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), que permite ao município a descentralização do planejamento das ações de epidemiologia e de suas respectivas metas. Nas ações coletivas aparecem a notificação de doenças, a vigilância ambiental, a monitorização de agravos de interesse e relevância epidemiológica, alimentação de sistemas de informação e análises epidemiológicas, entre outras metas a serem cumpridas. Ou seja, há o rompimento dos modelos de planejamento e financiamento por agravo específico, utilizando a partir de então critérios de acordo com a área geográfica e população, o que permite flexibilidade na aplicação de recursos de acordo com as prioridades locais, entre outras mudanças propostas.

No mês de agosto de 2000 realizou-se em Brasília um seminário nacional organizado pela ABRASCO e promovido pelo CENEPI e MS, em que são estabelecidas proposições para a área, a partir do III Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia 2000-2004. Neste seminário a abordagem em relação à epidemiologia se deu em três linhas: ensino, pesquisa e serviços de saúde. (ABRASCO, 2000)

No que diz respeito aos serviços, além de dar seqüência aos dois primeiros Planos, algumas análises são feitas sobre avanços ocorridos no período, onde aparece como destaque a área de informação epidemiológica, devido à maior disponibilidade de dados, acesso pela internet e maior descentralização de bancos de dados para os municípios. Ao mesmo tempo, o relatório deste seminário emite uma ressalva, de que, embora avanços tenham acontecido, a transição vivida pelos serviços públicos de saúde, e principalmente a

crise econômica, faz com que a epidemiologia não tenha tido o impacto esperado nos serviços. Propõe-se um novo agrupamento de áreas relativas à epidemiologia nos programas, políticas e serviços de saúde, já que a divisão usada no II Plano não contemplaria a complexidade dos questionamentos atuais.

Teríamos então como áreas de trabalho nos serviços: *sistemas de informação de interesse epidemiológico, desenvolvimento e utilização de metodologias para análise das situações e das intervenções em saúde, práticas epidemiológicas nos programas e serviços (política de recursos humanos para a área, vigilância em saúde e avaliação em saúde) e inserção nas políticas intra e intersectoriais.* (ABRASCO, 2000)

Este III Plano Diretor no ano de 2000 detalha para cada área, problemas e proposições. Como problemas mais gerais, por exemplo, identifica: os mecanismos coercitivos associando fluxo de informações a repasse de recursos, lógica centralizada, que dificulta análises dos sistemas pelos níveis locais; pouca utilização do geoprocessamento como instrumento de trabalho; vigilância epidemiológica centrada em agravos de notificação compulsória; necessidade de maior inserção do CENEPI no SUS (com definição de seu papel); e ações de epidemiologia circunscritas ao seu próprio âmbito, desintegradas das ações gerenciais do setor saúde, entre muitos outros problemas. (ABRASCO, 2000)

No ano de 2001, tivemos a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) que permite que estados e municípios definam, baseados em seu perfil epidemiológico, as ações que julguem estratégicas e necessárias, assumindo compromissos de qualificação da Atenção Básica. Como responsabilidades mínimas aparecem o controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão e da diabetes mellitus, além de ações em saúde bucal, da criança e mulher. Para isso definem-se alguns indicadores para pactuação e acompanhamento. Obviamente, estamos citando aqui as relações mais próximas da NOAS 01/2001 com as ações e usos da epidemiologia, pois outras características e demandas aparecem e são critérios para a habilitação dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) ou Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). (BRASIL, 2001 a)

Ainda no ano de 2002, cria-se uma nova versão da NOAS, (NOAS-SUS 01/2002), mantendo as características da anterior (valorizando a utilização e a construção de indicadores), que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, além de permitir que estados e municípios definam outras áreas estratégicas, além daquelas áreas mínimas estabelecidas na NOAS-SUS 01/2001. (BRASIL, 2002 a)

No ano de 2003, em junho, é criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, que tem como propósito reforçar e ampliar as ações de Vigilância Epidemiológica (VE). Passa a ser responsável pelas áreas técnicas do CENEPI (o qual é extinto), como a coordenação do DST/Aids, PNI, além dos programas de combate à tuberculose, hepatites virais e hanseníase, entre outros. Segundo justificativas, isto reduzirá a pulverização existente nos programas e ações do MS, fortalecendo o setor de vigilância em saúde, melhorando a coleta de dados e informações sobre agravos não transmissíveis, sendo ainda responsável por realizar um monitoramento do quadro sanitário do país, como desigualdades em saúde, tendências de mortalidade, entre outras responsabilidades. Cabe ainda a SVS coordenar o processo de elaboração e acompanhamento da PPI-ECD e coordenar a gestão dos sistemas de vigilância epidemiológica no país. (BRASIL, 2003 c)

Finalizando este momento, onde tentamos abordar o papel que a epidemiologia tem tido nos serviços do SUS, desde a Constituição de 1988, acreditamos que avanços importantes estão ocorrendo e as críticas e discussões que aconteceram neste período, a partir de setores comprometidos com as mudanças, com certeza tiveram o papel para articular tais alterações estruturais e políticas do MS. A mesma publicação do Diário Oficial (que cria a SVS), cita como um dos desafios a serem enfrentados por esta nova estrutura, a integração da rede assistencial do SUS com as atividades de vigilância epidemiológica: *“A meta desta ação seria a de tornar o sistema mais sensível à ocorrência de doenças, facilitando a implementação oportuna das ações de prevenção. Isto permitirá preparar melhor o país para enfrentar o desafio das doenças emergentes”*. (BRASIL, 2003 c).

A utilização e valorização para o uso da epidemiologia, no momento pelo qual passamos dentro do SUS, para o acompanhamento das situações de saúde, construção de indicadores e definições de metas a partir de estados e municípios, os quais estão muito ligados às diretrizes da política de saúde, pedem investimento, capacitação e o maior envolvimento técnico de profissionais nos mais diversos níveis do sistema de saúde.

2.2-EPIDEMIOLOGIA, CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL E OS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Importante destacarmos a relação que pode ser estabelecida entre a formação, capacitação em epidemiologia e a atuação prática dos serviços do SUS. Se pensarmos na graduação, a discussão entre a clínica e a epidemiologia, através das abordagens de situações do cotidiano é muito pertinente. Os indicadores de saúde, sempre trabalhados friamente em sala de aula, devem merecer um “aquecimento” pela prática dos serviços. Momentos de resistência na graduação, de que “a epidemiologia só mexe com números” devem ser revistos. A necessidade da utilização da epidemiologia pelas mais variadas áreas (fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional, farmácia, psicologia e enfermagem, entre outras), para a abordagem de situações de saúde, deve ser estimulada e valorizada, pelo auxílio que trazem à formação. Ligar o perfil da clientela assistida (obesos, ostomizados, desnutridos, vítimas de violência...) com o pensamento epidemiológico, estabelecendo a relação com a situação da região onde atuamos, em muito ajuda no desenvolvimento e escolha dos projetos terapêuticos, tornando a discussão mais rica e com maior impacto. Aos docentes cabe o desencadeamento destes momentos que integram pesquisa, ensino e prática dos serviços.

Barata (1997), quando faz avaliação da trajetória do ensino da epidemiologia no Brasil diz que *“a efetividade dos programas de capacitação em Epidemiologia para os profissionais de saúde, parece estar na dependência também da capacitação dos docentes de trabalharem com situações de ensino-aprendizagem e conteúdos que facilitem a apreensão por parte dos alunos nas condições reais do seu trabalho em saúde. Na medida do possível, o ideal dessa formação seria o trabalho sobre situações concretas, na qual os alunos e docentes pudessem lado alado, buscar soluções; situações em que a teorização fosse decorrência natural de uma necessidade vivida pelos alunos”*. (BARATA, 1997)

A importância em redefinirmos o papel da Epidemiologia na consolidação do SUS e sua relação com o ensino foi tema de discussões no EPI 2002. A respeito disso, Barreto (2002), explica que a Epidemiologia caminha a passos rápidos para a sua maturidade. *“Como disciplina científica, tem por objetivo produzir conhecimento, reafirmar seus conceitos e melhorar seus métodos, estudando a saúde, a doença e os seus determinantes. Ela tem também o compromisso de contribuir para a transformação das condições de saúde da população, produzindo e analisando informações e estratégias de prevenção... portanto ela atua em dois espaços interdependentes: o do conhecimento – que tem por finalidade elaborar teorias, coletar e analisar dados – e o da ação – produzindo informações, definindo conhecimento e delimitando estratégias”*. (BARRETO, 2002)

Não poderíamos deixar de lembrar ainda a possibilidade de capacitação em epidemiologia para trabalhadores do SUS. Estamos vivendo um momento, em que um grande volume de informações e sistemas estão sendo gerados e conseqüentemente existe a necessidade de uma maior utilização destes conhecimentos na prática diária. Até então, os profissionais que temos em nossos serviços e que se utilizam da epidemiologia como ferramenta de trabalho, estão lotados, em geral, nos programas de vigilância em saúde ou atividades mais ligadas à gestão. Pelas novas pactuações que começam a fazer parte da agenda da saúde e da nova relação estabelecida entre municípios e o MS, haverá com certeza, a necessidade de profissionais que tenham uma formação mais específica na área.

Segundo a “Oficina Novas Perspectivas da Epidemiologia no Município”, este profissional citado, especializado em vigilância epidemiológica, de doenças específicas, *“terá de ser substituído por um especialista em epidemiologia, capaz de exercer funções específicas da área, como por exemplo, uma investigação de doença desconhecida, além de estar apto para monitorar a situação de saúde, identificar os problemas prioritários e propor e avaliar ações de prevenção e controle”*. Para concluirmos este capítulo e apontando para a valorização deste profissional, a qual estamos resgatando, o relatório final desta oficina diz que a formação para “termos este epidemiologista” representa um processo longo, de alto custo, muito prejudicado pela alta rotatividade, com interrupções da rotina de trabalho, necessidades de reciclagens constantes, afinal, *“olhar epidemiológico não se compra nas prateleiras”*. (ABRASCO, 2003).



***CAPÍTULO III – OS SISTEMAS DE
INFORMAÇÃO EM SAÚDE DE USO
EPIDEMIOLÓGICO DE BASE
NACIONAL E A SUA INSERÇÃO NO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE***

Serão citados e descritos neste capítulo, os SIS de uso epidemiológico existentes hoje no país que estão mais ligados às práticas dos serviços de saúde e que têm possibilidade de serem utilizados de forma descentralizada pelos municípios, ou seja, podem ser usados e analisados desde os níveis maiores da gestão (federal) até os municípios (no mínimo). Entendemos como importante descrevermos e situarmos estes sistemas a respeito do momento da implantação, da maneira como são operados, dos fluxos mais comuns estabelecidos, além das características e dos principais objetivos destes. Acreditamos que com isto possamos ter uma visão geral, que permita pensarmos a respeito do melhor uso e das possibilidades de descentralização, não mais até os municípios, mas na utilização das informações de forma mais próxima ao nível local (centros de saúde e equipes de referência), um dos objetivos deste trabalho.

Drumond Jr (2001), a respeito da descentralização destes sistemas, analisa que desde a implantação do SUS, os níveis descentralizados (municípios, distritos e unidades de saúde), têm ganhado importância, logo os problemas de saúde e as abordagens se especificam. Diz o autor, que *“em decorrência deste deslocamento podem surgir dificuldades tanto no instrumental adequado ao nível municipal, e em especial distrital e local, quanto na capacitação das equipes de saúde para a atuação nestes níveis”*.(DRUMOND JR, 2001)

Existem avanços e diferentes momentos a respeito do uso e descentralização destes sistemas no país, mas a partir de publicações da área e da discussão feita por alguns autores, vamos nos deter na descrição de cinco grandes sistemas, que os próprios documentos oficiais definem com de maior abrangência, que são: SIM, SIH/SUS, SIA/SUS, SINASC e SINAN, e devido a interesses deste trabalho, incluiria o SIAB neste grupo, embora seja um sistema que ainda não é de abrangência nacional.

SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) - Foi criado em 1975, pelo MS, iniciou sua fase de descentralização desde 1991 e dispõe de dados informatizados a partir de 1979. O instrumento básico de coleta é a Declaração de Óbito (DO). A distribuição das DO em séries pré-numeradas é de competência do MS, sendo distribuídas aos estados e destes aos municípios, a quem cabe o controle na distribuição entre profissionais médicos e instituições que o utilizam, bem como o recolhimento em hospitais e cartórios. Em tese, nenhum sepultamento deveria ocorrer sem a emissão da DO que deve ser preenchida por

profissional médico. A partir da análise de seus dados pelo município permite a construção de indicadores para a definição e conhecimento do perfil de saúde de uma região e conseqüentemente a definição de políticas de saúde a serem desencadeadas. Entre suas principais limitações temos o subregistro de óbitos em algumas regiões e a qualidade de preenchimento da DO. Em geral, a agregação espacial mínima que tem sido trabalhada (processamento das informações), é a distribuição de óbitos por área de abrangência da unidade básica de saúde dos municípios, a partir da localização da moradia, embora isto não ocorra na maioria dos municípios. (BRASIL, 1998 b) (BRASIL, 2002 b)

SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde) - A criação deste sistema deu-se em 1984 pelo MS, não com a lógica epidemiológica, mas de operar o sistema de pagamento de hospitais contratados. Em 1986 foi estendido aos hospitais filantrópicos, em 1987 aos universitários e de ensino e em 1991 aos hospitais públicos. Tem como instrumento de coleta a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que é emitida pelos estados a partir de série numérica definida pelo MS, a qual é preenchida quando da internação do paciente e depois remetida para análise dos gestores. Mesmo não sendo a sua função inicial, o sistema foi desenvolvido e permite atualmente, algumas análises epidemiológicas, a partir das internações ocorridas, mostrando o perfil do atendimento em nossa rede hospitalar com elaboração de alguns indicadores de avaliação e desempenho. É um sistema que vem sendo incorporado às análises epidemiológicas pelas secretarias de saúde de estados e municípios. Temos como limitações mais diretas, a cobertura somente de internações públicas ou conveniadas, além da baixa qualidade destas anotações. Em geral o nível mínimo de agregação espacial trabalhado tem sido os serviços dos municípios. Experiências têm acontecido da distribuição por moradia em distritos e unidades de saúde, mas são ainda situações pontuais. (BRASIL 1998 b) (BRASIL, 2002 b)

SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde) - Implantado no país em 1991 pelo MS, sendo instrumento de ordenação do pagamento dos serviços ambulatoriais (públicos e conveniados). É um sistema que vem sofrendo alterações em sua tabela de procedimentos, na tentativa de melhora na consistência dos dados, mas não fornece, a partir dos dados gerados, análises epidemiológicas ou análise do perfil de morbidade da população atendida, o que foi alterado muito pouco desde sua implantação. Mesmo assim permite a construção de alguns indicadores e utilização de informações,

como o total de consultas médicas, exames solicitados, perfil da clientela atendida, entre outros, já que sua unidade de registro é o procedimento ambulatorial com possibilidade de ser desagregado por profissional. Algumas limitações deste sistema são a abrangência restrita a usuários do SUS, ausência de registros de procedimentos que extrapolem o teto financeiro e ausência de registro individual. O menor nível de agregação espacial que tem sido trabalhado, são os serviços dos municípios, mas com a utilização de outros aplicativos, torna-se possível a distribuição por equipes de referência e profissionais. (BRASIL, 1998 b) (BRASIL, 2002 b)

SINASC (Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos) - A implantação pelo MS se deu em 1990 e de forma gradual, no país, desde 1992. Tem como instrumento padronizado de coleta de dados, a Declaração de Nascidos Vivos (DNV), cuja distribuição para estados e municípios, cabe ao MS. Tanto a emissão da DNV como o registro em cartório, deverão ser realizados no município da ocorrência do nascimento. Deve ser preenchida pelos hospitais e outras instituições de saúde onde ocorreu o parto, e pelos Cartórios de Registro Civil quando o nascimento ocorre no domicílio. O número de Nascidos Vivos constitui-se em relevante informação e permite inúmeras avaliações e construções de indicadores para a área materno-infantil, bem como as definições de políticas de saúde para grupo o citado. Uma das grandes dificuldades para o uso e análise deste sistema, se deve ainda, à baixa qualidade do preenchimento das DNV (moradia, informações sobre o pré-natal...), pois a este instrumento não é dado o real valor de uso desde o início, quando a informação começa a ser gerada. O nível mínimo de agregação espacial que tem sido usado pelos municípios é o das áreas de abrangência das unidades básicas de saúde a partir da moradia das pessoas, mas da mesma forma que o SIM, não é o que ocorre na maioria dos municípios. (BRASIL, 1998 b) (BRASIL, 2002 b)

SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) - Desenvolvido entre 1990 e 1993. Foi concebido pelo CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia), com o apoio técnico do DATASUS (Departamento de Informática do SUS) e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. É a base para o funcionamento da vigilância epidemiológica. Em geral, é operada a partir das unidades de saúde e tem por objetivo coletar e processar dados sobre os agravos de notificação compulsória em todo o território nacional a partir dos municípios. Mesmo que as unidades básicas não tenham equipamentos eletrônicos para sua

digitação, os instrumentos de coleta (ficha notificação) são preenchidos e encaminhados aos outros níveis para serem processados eletronicamente (distritos, secretarias municipais ou estaduais). O SINAN permite conhecer e acompanhar a incidência e prevalência dos agravos de notificação compulsória nos vários níveis do sistema de saúde, além muitas outras análises importantes de acordo com as características de pessoa, tempo e lugar a respeito dos agravos notificados. As limitações ao uso deste sistema se referem às subnotificações de casos e à qualidade do preenchimento destas. A agregação espacial mínima que a maioria dos municípios tem trabalhado tem sido a partir da área de abrangência das unidades básicas de saúde. (BRASIL, 1998 b) (BRASIL, 2002 b)

SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) - Foi implantado em 1994. É um sistema de informação territorializado, que ainda não tem abrangência nacional, que coleta dados e possibilita a construção de indicadores populacionais, referentes a áreas de abrangência bem delimitadas, cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e PSF. Sua base de dados possui três blocos: cadastramento familiar (indicadores sócio-demográficos dos indivíduos e de saneamento básico dos domicílios); acompanhamento de grupos de risco (criança abaixo de 2 anos, gestantes, hipertensos, diabéticos, tuberculose e hanseníase); e o registro de atividades, procedimentos e notificações (produção e cobertura de ações e serviços básicos, notificação de agravos, óbitos e internações). O nível mínimo de agregação que tem sido utilizado é a microárea de atuação dos ACS. Tem se constituído em importante ferramenta para microlocalização e intervenção nos problemas de saúde. Este sistema ainda não é de abrangência nacional e muitos municípios estão em fase de implantação. (BRASIL, 2002 b)

Dentre os seis sistemas descritos acima, os que dizem respeito à mortalidade (SIM), nascidos vivos (SINASC) e notificação de agravos (SINAN) são considerados sistemas universais, pois dizem respeito ao total da população, independente de serem usuárias dos serviços públicos ou privados. As dificuldades a respeito da utilização e confiabilidade dos mesmos, são decorrentes das subnotificações e qualidade do registro, a partir de serviços e profissionais, cuja discussão não faremos neste momento. Além destes citados existem outros sistemas que são úteis às análises epidemiológicas, mas não contemplam neste momento o interesse para esta discussão, pois são muito específicos ou não têm abrangência nacional, que permitam uma avaliação “macro” em relação à sua

utilização. Em momento seguinte, quando fizermos a discussão a respeito do uso de instrumentos no nível local, descreveremos alguns destes sistemas mais específicos e suas possibilidades de uso.

Várias têm sido as preocupações e análises realizadas por técnicos, grupos e instituições ligadas à informação em saúde e epidemiologia a respeito dos sistemas de informação de uso epidemiológico no país, o que não é nosso objeto de estudo mais amplo neste momento. Entre estes estudos citados, Drumond Jr (2001) desenvolveu um trabalho em cinco cidades brasileiras, onde analisou de forma qualitativa, as características dos instrumentos e usos da epidemiologia nos serviços de saúde a partir de um cardápio de indicadores por ele definido: *“indicadores relativos a informações e sistemas de informação, indicadores relativos aos métodos, técnicas e indicadores e indicadores relativos às atividades de diagnóstico, acompanhamento (vigilância e monitorização) e avaliação”*. A partir da análise deste autor e levando em consideração principalmente os cinco primeiros sistemas citados, observamos que nestes municípios estudados, temos uma diversidade de momentos e formas de uso deste instrumental, que dependem do projeto do município, dos problemas mais relevantes em cada local e da capacidade tecnológica disponível, entre outras observações. (DRUMOND JR, 2001)

Na década de oitenta e noventa verificou-se uma expansão dos sistemas de informação em nosso país, mas é na Constituição Brasileira de 1988 e na LOS de 1990, que os elementos básicos para repensar a relação entre as informações em saúde e a reorganização dos serviços para o seu uso, bem como para a constituição dos sistemas de informação aparecem mais valorizados. A Lei Nº 8080 fala em seu texto, no capítulo II – Dos princípios e diretrizes do SUS, no Art. 7º, VII a respeito da *“utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridade, a alocação de recursos e a orientação programática”* e no capítulo IV – Da competência e das atribuições do SUS, Seção I, Art. 15º, IV referindo-se à União, Estados, Distrito Federal e Município que lhes cabe a *“organização e coordenação do sistema de informação em saúde”*. (BRASIL, 1990 b)

No início dos anos noventa (1993), a partir de iniciativa do MS e da ABRASCO, realizou-se um amplo diagnóstico a respeito dos sistemas de informação de abrangência nacional, quando detectou-se a falta de padronização dos instrumentos

utilizados, dificuldade de compatibilizar as informações e dificuldade no acesso às informações. Como diretrizes desta proposta, aponta-se naquele momento, para a necessidade de obter-se informações mais homogêneas em todo o país. (BRASIL, 1994 a)

Ainda a respeito da necessidade e da redefinição sobre a utilização dos SIS no país, não é de hoje a avaliação a respeito da fragmentação destes no Brasil. Autores como (DONALÍSIO, 1993; MORAES, 1994; BRANCO, 1996; DRUMOND JR, 2001), têm trazido estas preocupações já há algum tempo.

Moraes (1994), ao analisar as características dos SIS implantados nos serviços de saúde do nosso país, já trazia com clareza as dificuldades enfrentadas na utilização de vários sistemas de informação, e que entendemos muito adequada, quase dez anos depois, mesmo após inúmeras tentativas de alterações e melhor adequação dos sistemas, a partir de portarias, grupos de trabalho, comissões de informação e informatização... quando nos diz: *“a evolução das práticas de saúde em nosso país têm se orientado pela racionalidade fragmentadora da realidade que caracteriza o modo como o Estado brasileiro responde, através de seu aparato institucional, às demandas e crises colocadas pela sociedade. Compartimentalizam-se os problemas sociais por várias instituições estanques, departamentaliza-se a produção do conhecimento nas universidades e delimitam-se os espaços reivindicatórios. A fragmentação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) é expressão desta lógica”*. (MORAES, 1994).

Mesmo com as dificuldades apontadas pela autora, é inegável o avanço que temos tido em nosso país há alguns anos (especialmente na década de noventa), a respeito da expansão e utilização dos sistemas de informação de uso epidemiológico, inclusive com legislação que valoriza e aponta para o melhor uso da informação em saúde a partir dos municípios, conforme comentado em capítulo anterior. Além disso, a maior disponibilização de TI para os níveis maiores (aqui entendido como estaduais e municipais), tem possibilitado mesmo aos pequenos municípios, participarem e terem acesso ao que circula nesta área no país. A necessidade de adequações a NOAS, PPI-ECD, entre outras iniciativas do governo federal, “quase que obriga” os municípios a tal participação.

Somado a isso, o acesso às informações tem sido muito facilitado aos municípios, pela iniciativa do SUS com a criação à partir do DATASUS, da *Home Page* (<http://www.datasus.gov.br>), que possibilita on-line o envio, conhecimento e mesmo a utilização através de tabulações, dos SIS e indicadores mais abrangentes da saúde no país e das definições mais gerais da política de saúde para esta área, tanto em relação à rede ambulatorial como hospitalar.

São várias as iniciativas hoje conhecidas, que permitem uma maior aproximação com as informações oriundas dos SIS de abrangência nacional, a partir da internet, entre elas a RNIS e RIPSAs, como citado em capítulo anterior, que tem permitido a troca entre municípios e o conhecimento de informações que em tempos passados ficavam muito distantes, além de iniciativas do grupo de técnicos do MS e outros setores comprometidos com a área de informação em saúde, que têm desencadeado discussões sobre o PNIIS na busca do fortalecimento e da integração das informações no país.



4 - OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Discutir e apontar possibilidades e limites a respeito do uso da informação em saúde e da epidemiologia, na gestão e nas práticas do nível local do sistema de saúde, a partir da experiência de Campinas;

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever como os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e a informação em saúde, têm sido organizados e utilizados pela Rede Básica de Saúde de Campinas, e como circulam pelos vários níveis (Secretaria de Saúde e Distrito de Saúde), até serem incorporados nas práticas das equipes locais de saúde (Centros de Saúde e equipes de referência do PSF);
- Discutir a organização e uso da informação em saúde e da epidemiologia nos diversos níveis do Sistema de Saúde Municipal, em especial no nível local, valorizando o espaço dos Núcleos de Saúde Coletiva (NSC), indicando possibilidades práticas para o uso das informações já disponíveis e a criação de novos indicadores;



5 - METODOLOGIA

Realiza-se um levantamento dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) de base nacional, utilizados no município de Campinas, descrevendo-se as principais características, fluxos estabelecidos, dificuldades na incorporação pelos serviços, responsabilidades na utilização até o menor nível de abrangência espacial das informações.

Num momento seguinte, resgata-se todos os SIS que são utilizados pelo nível local, descrevendo-se as possibilidades de uso e apontando as dificuldades encontradas, já a partir de pressupostos trazidos da prática dos serviços, como por exemplo, o pouco uso das informações em saúde existentes pelo nível local, excesso de instrumental existente e o pouco diálogo entre eles. A respeito da pouca valorização dada a esses instrumentos, várias discussões ocorreram, (e tem ocorrido), entre gestores locais, distritos de saúde e nível central, envolvendo as áreas mais próximas à formulação, uso e disseminação da informação, buscando estratégias para sensibilização e enfrentamento deste problema.

Pelas características do autor-pesquisador, em estar envolvido com o objeto de trabalho, ou seja, trabalhando com informação em saúde, discutindo as diretrizes da informação em saúde municipal, após ter atuado na gerência local, espaço importante para a discussão deste tema, muitas das colocações e passagens dizem respeito a situações vivenciadas, há algum tempo (gerência de serviço) ou mesmo durante este trabalho (como técnico da VISA e apoiador para as “coisas” da informação). Logo, estas situações práticas são descritas buscando-se a discussão com outros autores que estão formulando e propondo novos caminhos e encaminhamentos para este tema.

Segundo Deslandes (1997) *“nada substitui esta experiência na qual o pesquisador terá a oportunidade de observar a ação concreta dos atores envolvidos, os problemas vivenciados, os antagonismos latentes e o relacionamento entre sujeitos sociais implicados”* (DESLANDES, 1997)

Enquanto trabalho propositivo, demonstra-se aplicabilidade prática do recorte de alguns indicadores tradicionais com releitura e adequação para o nível local, além da criação de outros instrumentos mais caseiros para monitorar as situações relevantes do cotidiano. Grande parte dos instrumentos utilizados e sistemas discutidos, foram aplicados nos serviços durante o desenvolvimento desta dissertação, o que proporciona uma riqueza de discussão, e vários sinais de alerta quando no seu uso.



***CAPÍTULO VI – OS SISTEMAS DE
INFORMAÇÃO EM SAÚDE EM
CAMPINAS E O PAPEL DOS NÍVEIS:
CENTRAL, DISTRITAL E LOCAL***

Cabe, neste capítulo, entendermos um pouco mais, como temos até então utilizado e lidado com instrumentos e SIS no município de Campinas, e como tem sido a relação entre os diversos níveis (desde a secretaria de saúde até os centros de saúde). Serão descritos os sistemas de informação, que possuem uma utilização mais “universal” em nosso sistema de saúde, ou seja, que contemplam além do nível central, os distritos de saúde e centros de saúde.

Seria oportuno descrevermos de forma breve as principais características do município na área de saúde, para situarmos as discussões propostas nesta dissertação. Este conta atualmente com uma estimativa populacional, para o ano de 2003, de 1.018.288 habitantes, segundo previsão do censo demográfico de 2000. O município possui uma divisão administrativa (inicialmente em 4 e depois em 5 regiões), a qual iniciou-se entre 1993/1994, que acabou não sendo totalmente efetivada nas outras secretarias, mas que na saúde foi mantida, constituindo os chamados Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste). Campinas conta atualmente com uma Rede Pública de Saúde, com 46 Centros de Saúde, 3 Pronto Atendimentos, 15 Serviços de Referência, 3 Policlínicas, um Hospital Municipal, o Hospital Municipal Mario Gatti (HMMG) e 5 serviços com características especiais, além de alguns serviços conveniados. (ANEXO I) e (ANEXO II)

O Distrito de Saúde Noroeste (DSNO), espaço mais próximo da discussão deste trabalho, possui uma população estimada para o ano de 2003, segundo o Censo 2000, de aproximadamente 155.248 habitantes, sendo constituído por oito centros de saúde e um Centro de Atenção Psico-Social (CAPS)¹, que é referência em saúde mental para a região.(ANEXO III) e (ANEXO IV)

Trazendo algumas características mais gerais do DSNO, este possui na sua área de abrangência, aproximadamente 40.000 domicílios, sendo que em torno de 5.500 são consideradas sub-habitações, onde mora atualmente uma população estimada de 22.000 pessoas (15%). Na distribuição entre as áreas dos centros de saúde existem diferenças importantes no perfil epidemiológico em relação à morbidade e mortalidade, bem como em relação ao crescimento habitacional e populacional, havendo regiões com alto crescimento

¹ O CAPS é uma unidade de referência secundária (intermediária) de saúde mental, com equipe multiprofissional e tem como missão tratar de forma intensiva os portadores de transtornos mentais graves com idade acima de 14 anos, na sua comunidade, junto a suas famílias, evitando a internação psiquiátrica integral e promovendo a reabilitação psicossocial dos cronicamente comprometidos.

populacional ao ano, (13,5%) na área do Centro de Saúde Floresta, até regiões com baixo crescimento populacional ao ano (0,38%), na área do Centro de Saúde Integração.

Se levarmos em consideração os óbitos ocorridos em moradores desta região, no ano de 2003 ocorreram 694 óbitos, onde as doenças do aparelho cardiovascular, primeira causa básica de óbito, foram responsáveis por aproximadamente 26%, enquanto que as causas externas, a segunda causa, representaram em torno de 20% do total (acima do percentual da cidade que foi de 13,4 % no ano de 2003). Se buscarmos uma análise mais detalhada, observaremos dentro da região, variações importantes, onde temos áreas onde as causas externas ocupam uma grande fatia no total de óbitos, como ocorre na região do Centro de Saúde Florence, por exemplo, com aproximadamente 30% dos óbitos totais, primeira causa básica de óbito naquela região, até de 6% do total de óbitos, na área do Centro de Saúde Integração.

Em relação à natalidade, tivemos o total de 2.257 nascidos vivos no ano de 2003 na área do DSNO, havendo diferenças significativas entre as áreas de abrangência dos serviços (devido ao tamanho da área ou perfil da população moradora), chegando a nascer 570 crianças na área do Centro de Saúde Florence ou 186 crianças que nasceram na área do Centro de Saúde Perseu, e que com certeza necessitam de um *zoom* todo especial para uma leitura mais real e para qualificar o desencadeamento de ações.

Todas estas informações citadas têm a intenção de mostrar um panorama geral da região, a partir de informações disponíveis, mas que no interior destes números escondem muitas informações e situações relevantes da intimidade da área e da microárea, nossa preocupação neste momento, e que ao longo deste trabalho propomos não perder de vista.

O DSNO conta para o desenvolvimento de atividades do PSF “Paidéia” e visando impactar esta situação descrita, com a atuação de 26 equipes de referência vinculadas aos centros de saúde (médico generalista, enfermeira do PSF, 4 ACS e no mínimo 4 auxiliares de enfermagem por equipe), sendo que destas, 15 equipes estão trabalhando neste momento como equipes ampliadas (com pediatras, ginecologistas além do matriciamento por outras categorias profissionais que continuam vinculados ao centro de saúde). Cabe citarmos ainda que desde setembro de 2003, 10 destas equipes estão

cadastradas no MS como equipes complementares de saúde bucal com dentistas, Atendente de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD), estabelecendo a ampliação das equipes neste modelo. (ANEXO V)

Após uma breve descrição do município de Campinas e mais especificamente do DSNO, espaço de nossa prática cotidiana, buscaremos a discussão a respeito dos encaminhamentos que têm sido dados em nosso município, (com foco a partir do DSNO), no que diz respeito ao uso dos SIS, e como tem se dado a participação dos níveis central, distrital e local, em relação à utilização e circulação da informação em saúde.

6.1-A RESPONSABILIDADE NA ESCOLHA E NO USO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE E O ARSENAL DE DEMANDAS PARA TODOS OS NÍVEIS

Entendemos como oportuno neste momento descrevermos e discutirmos a respeito do arsenal de instrumentos (planilhas, aplicativos e cadastros), que temos recebido ou utilizado para o trabalho cotidiano. Estamos falando da Rede Pública Saúde de Campinas, mais especificamente do nível local (centros de saúde e equipes do PSF), mas com certeza vários municípios se identificarão com estas situações.

A principal reflexão que procuramos trazer com este texto, vem na expectativa de buscarmos formas de utilização destes instrumentos e informações, que pudessem auxiliar-nos na avaliação da situação de saúde da população, que dessem rumo para a definição de prioridades dos serviços e que gerassem maior impacto na qualidade de vida das pessoas. Mais ainda, que possibilitassem avaliarmos como estamos trabalhando e se as ações que desenvolvemos causam impacto ou mudanças na vida das pessoas. E um pouco mais ainda, se estamos conseguindo identificar e acompanhar os pacientes que precisam de atendimento diferenciado pela gravidade da situação diagnosticada. Na realidade, o que temos visto em muitos momentos, é que as informações estão disponíveis mas acabam colaborando pouco para o desencadeamento de ações.

A respeito do uso das informações disponíveis, cabe resgatarmos um trabalho finalizado recentemente por Castro (2003), para exemplificarmos a importância não só de termos a informação disponível, mas do que fazemos com ela. A autora analisando 99

óbitos ocorridos em crianças menores de 1 ano moradoras do DSNO, entre os anos 2000 e 2002, concluiu que as informações estava presentes nos serviços na quase totalidade dos casos (94%), mas que conforme demonstrado por outras variáveis trabalhadas à partir dos registros locais *“a disponibilidade das informações não garante o desencadeamento de ações de vigilância em saúde pelas equipes de saúde no nível local”*. Estudo este, que merece ser discutido pelas equipes de saúde, buscando os motivos da subutilização dos instrumentos e as reais dificuldades encontradas. (CASTRO, 2003)

Vasconcelos; Moraes; Cavalcante (2002), ao discutirem a importância da informação e seu papel estratégico nos serviços de saúde, falam que *“ela é intrínseca ao próprio processo decisório, ela instrumentaliza a identificação do que se quer transformar. O valor da informação é função do seu valor de uso nos processos de tomada de decisão”*. (VASCONCELOS; MORAES; CAVALCANTE, 2002)

Existem motivos importantes e muitas vezes justificados (ou aceitos), em determinado momento, dentro da maioria das equipes de saúde, para o não uso ou baixa sensibilização em relação ao trabalho com dados e informações. Sejam estas as que são geradas pela demanda e produção, e que não necessariamente são só quantitativas, (perfil do atendimento, visitas, morbidade dos que nos procuram, total de gestantes na região), mas também às que dizem respeito à mortalidade, agravos notificados e morbidade da região, entre outras. A baixa motivação para o uso destas ferramentas é decorrente muitas vezes da forma e das justificativas inadequadas, no momento da implantação de determinado sistema, do aperto com a demanda infinita, da priorização por outros temas que tomam este espaço, além do desconhecimento ou não investimento na capacitação para o uso da epidemiologia e da informação em saúde nos serviços.

Além disso, o nível local tem compromissos para o cumprimento de prazos na devolução de um grande volume de informações que citaremos a seguir. O que não é motivador para os trabalhadores em saúde, ou para a gestão local, é que em geral, esta informação que é gerada, a partir de *“cansativas”* anotações, não retorna ou é pouco é discutida, gerando indiferença, dados pouco fidedignos, ou simplesmente entendida como um trabalho a mais. *“Por que preencher esta planilha, se nunca discutimos estes dados aqui no serviço?”* É bem verdade que muitos destes instrumentos são rígidos, *“quadrados”*, e servem na maioria das vezes somente para reafirmamos nosso contrato e compromisso

com os outros níveis do SUS (federal e estadual), ou estão direcionados à captação de recursos e faturamento, o que reforça a baixa utilização destas informações no cotidiano das unidades.

Seria importante ressaltarmos que para valorizarmos as informações em saúde que temos, um dos requisitos necessários, seria a maior sensibilização por quem deveria gerar este dado ou informação. Afinal, se apontamos que a análise também deva ocorrer no espaço local, nossa expectativa é de que haverá maior tendência para a fidedignidade nas informações geradas. Discutirmos a importância dos instrumentos que “chegam”, buscarmos a relação e determinação entre as informações geradas e quais as influências que podem ter no nosso trabalho, são condições importantes para rompermos com a simples coleta de dados e o encaminhamento para os outros níveis. Esta apropriação poderá permitir críticas mais embasadas (nível central, distrital e local), para definirmos juntos (juntos mesmo), quais os instrumentos que deveremos valorizar e que não comprometam o trabalho cotidiano das equipes.

Além destas justificativas citadas e contribuindo definitivamente para a baixa adesão ao uso destas informações, aparece o pouco investimento na utilização e análise da informação em saúde, disponível para a avaliação e o planejamento, o qual é decorrente muitas vezes das diretrizes da política municipal, que nem sempre colaboram para o estímulo da criatividade e autonomia na prática cotidiana, ao não criarem o hábito das discussões a respeito da importância deste instrumental para o planejamento e gestão na grande maioria de nossas unidades. O que queremos dizer com isso é que na relação estabelecida entre centros de saúde com distritos de saúde, ou distritos com a secretaria de saúde, a discussão de metas ou de onde queremos chegar não tem sido clara. Ainda não chegamos num consenso a respeito de quais são os indicadores (podem ser alguns) mais representativos, robustos, que ajudem a monitorar o que estamos pretendendo atingir nos diferentes níveis (central, distritos e centros de saúde), ou que permitam-nos um alerta imediato, em determinadas situações. Caminhos que temos trilhado nestes últimos meses.

Tem sido discrepante a quantidade de dados e informações (às vezes com muita dificuldade operacional), que são solicitados aos níveis locais e a utilização destes para análise e avaliação dos serviços e equipes. Em geral gestores (em todos os níveis) e equipes de apoio, utilizam muito pouco as informações e indicadores existentes, como suporte e

justificativas para discutirem a ampliação de serviços, definição de metas, ou para justificarem a redução ou ampliação de suas equipes. Estas adequações ocorrem sim, mas na maioria das vezes decorrentes mais do apelo popular e da sensação das equipes, (o que também entendemos), do que a partir da análise e avaliação dos indicadores e informações existentes, que poderiam em muito enriquecer estes diagnósticos.

Na maioria das vezes estes indicadores construídos e as informações geradas, têm servido, para avaliações mais genéricas a partir de outros níveis, comparação com outros municípios pelo MS, justificativas ao repasse de verbas ou adequação às normas operacionais, entre outras justificativas. Mesmo internamente nos municípios, as informações disponíveis, em geral, têm sido usadas para avaliações mais genéricas como comparações entre os distritos de saúde, serviços de saúde e discussão de alguns coeficientes, que também julgamos importantes, mas que em muitas vezes, “mascaram” determinadas situações e realidades locais, ao trabalharem com a média das informações destas regiões de maior abrangência, tema que abordaremos mais adiante.

Há momentos que estes indicadores (mais genéricos), acabam necessariamente sendo utilizados para auxiliar a gestão, na organização e discussão do modelo, ou com a finalidade da alocação de recursos e pessoal, como recentemente em nosso município, para a implantação do atual modelo tecno-assistencial, quando utilizou-se o Índice de Condição de Vida (ICV). Este índice foi composto por 8 indicadores selecionados entre um conjunto de dados disponíveis nos sistemas de informação em uso na SMS. Como já falamos anteriormente e o próprio documento do ICV aponta, ao utilizarmos a média, este indicador pode esconder situações relevantes graves internas à determinada área. Logo, devemos ter um olhar crítico aos seus resultados, pois são informações que servem para serem olhadas de um espaço mais macro, por outro lado é um indicador pobre para o *zoom* até o nível local, ou seja, até o espaço de atuação das nossas equipes de referência do PSF.

O ICV, um dos componentes do prêmio “Paidéia”, foi elaborado a partir da revisão do “Prêmio Condições Adversas de Trabalho”, utilizado já há alguns anos em nossa rede de saúde, como auxiliar nos cálculos do pagamento diferenciado aos trabalhadores de saúde. Dependendo da região de trabalho do profissional e que definiu a ordenação do município em três áreas: I (pior ICV), II (médio) e III (melhor), a partir de indicadores de qualidade de vida e saúde. Levou em consideração a proporção de população moradora em

sub-habitação (SEHAB/PMC, 1999); proporção de chefes de família sem ou com menos de um ano de instrução (IBGE, 1996); taxa de crescimento anual da região 91-96 (IBGE, 1991 e 1996); proporção média de mães com menos de 20 anos de idade (COVISA, 1998-2000); coeficiente médio de mortalidade infantil (COVISA, 1998-2000); coeficiente médio de mortalidade por homicídios (COVISA, 1998-2000); incidência média de desnutrição entre os menores de 5 anos (COVISA, 1996-2000) e incidência média de tuberculose (COVISA, 1996-2000) e definição . (SMS, 2001 b)

Na busca de conhecermos os SIS em uso no município (os SIS de abrangência nacional foram descritos no capítulo três), procuraremos relatar como tem se dado a utilização dos sistemas que têm interface com a Rede Básica de Saúde do município de Campinas. Quais os fluxos que têm sido estabelecidos, a forma como chegam aos espaços locais e como têm sido utilizados por estes serviços. Para possibilitar-nos uma exposição mais didática, mas sem perdermos o sentido real do seu papel, resolvemos agrupá-los conforme as suas características mais gerais. Serão então citados e descritos os sistemas, aplicativos ou outro tipo de tecnologia relacionada à informação, que tenha maior relação com as práticas em saúde do nível local (centro de saúde e equipes de referência do PSF).

Na tentativa de agruparmos os sistemas existentes a partir das características mais gerais temos num primeiro grupo aqueles que são de base populacional, ou seja, trazem informações a respeito do registro de todas as pessoas independentes de serem usuárias dos nossos serviços: temos o SIM, SINASC, SINAN, Censo do IBGE e o Cadastro “Paidéia”. Poderíamos citar neste grupo o SIAB, o qual por opção do município, não tem sido “alimentado” ainda no nível local. Caberia lembrarmos que para o Cadastro “Paidéia” e SIAB, existe a possibilidade das pessoas não terem o interesse de tal cadastramento, logo nossa base populacional “poderá sofrer” alguns rearranjos. No segundo grupo, temos os sistemas que dizem respeito ao que acontece em nossos serviços, e que informam sobre a demanda: SIGAB, SI-PNI, SISPRENATAL, HIPERDIA, SISCOLO, SIA/SUS, SIH/SUS e SINABIO, (em fase de implantação). Serão acrescentados a este grupo dois sistemas implantados no segundo semestre de 2003, que estão relacionados à organização interna das unidades, mas têm relação com a demanda ofertada, que são o SIG2M e o SOL. Num terceiro grupo, estariam os instrumentos e informações que estabelecem a hierarquia, complexidade e a oferta dos serviços, sendo eles: o CNES, a FPO e o Cadastro da Equipes

do PSF. Caberia ainda um quarto grupo, onde estão alguns sistemas que pela especificidade que possuem, acabam não necessariamente presentes em todos os distritos, ou serviços, tendo alguns, inclusive um comportamento “sazonal”. Entre eles temos o SIVISA, SISAED, SISCAT, entre outros... Existem ainda outros sistemas ligado ao MS ou à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mas que por não terem sido ainda incorporados pelo município ou por se referirem a serviços de maior complexidade, não foram listados neste grupo.

6.2-INFORMAÇÕES DE BASE POPULACIONAL (“O MUNDO LÁ FORA AQUI DENTRO”)

A respeito dos sistemas (ou instrumentos) de informação de uso epidemiológico que utilizamos em Campinas, citaremos inicialmente àqueles que são de base populacional. Entre eles temos o Sistema de Informação em Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), além do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Cadastro “Paidéia” de Saúde da Família² (um cadastro de usuários e domicílios nos moldes do cadastro do MS). Exceto o Cadastro “Paidéia” que é mais recente (2001), os outros são sistemas já em uso pelo município há algum tempo, velhos conhecidos nossos.

O SIM passou a ser processado pelo município no ano de (1990), e desde o início de sua implantação, tem seus relatórios mensais remetidos como rotina para os centros de saúde, menor nível de agregação espacial destas informações no município. A partir daí, cabe ao centro de saúde analisar e desencadear o detalhamento de tais informações. Desde o ano de 2002, têm sido remetidos para os serviços, as Declarações de Óbitos (DO), na tentativa de maior agilização deste fluxo, além do que, deve possibilitar uma melhor leitura a respeito do óbito ocorrido na região, pois é possível analisar todas as variáveis existentes nesta DO. Existe uma centralização inicial por parte da Secretaria de Saúde, para a compilação, correção de erros, análise e desencadeamento na vigilância dos

² O Cadastro Paidéia de Saúde da Família foi iniciado no ano de 2001. Devido a vários problemas no aplicativo teve de ser interrompido. Em setembro de 2003 foi retomado em algumas unidades com alterações do aplicativo. Ele consta de informações mínimas exigidas pelo Ministério da Saúde para a implantação do Cartão SUS além de algumas informações definidas com importantes pelo município. Este cadastro está intimamente ligado com as discussões da territorialização. (SMS, 2001a)

óbitos e posterior envio aos outros níveis (distritos e centros de saúde). Atualmente as referências técnicas para este trabalho estão lotadas na CII (até o primeiro semestre de 2003 faziam parte da COVISA, hoje Departamento de Saúde Coletiva).

Seria importante observarmos, que embora a maioria dos municípios do Estado de São Paulo utilizem o sistema de informação demográfica da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), para a informar a mortalidade, o município de Campinas fez opção ainda no início dos anos noventa, junto com o Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, pela criação de um sistema para o município, que pudesse obter a desagregação, já naquela época, dos óbitos por áreas de moradia e abrangência das unidades de saúde, o que na avaliação do município, qualificaria mais as informações existentes.

A utilização do SIM, possibilita além da construção dos indicadores tradicionais conhecidos, a criação de grupos para investigação de morte materna, investigação de óbitos em menores de 1 ano, investigação de mortes evitáveis, entre outras investigações sentinela, que permitem avaliações importantes em relação ao sistema de saúde. Algumas equipes distritais têm buscado a partir do banco de dados total, novos recortes que possam permitir uma análise mais detalhada e com maior qualidade nas discussões desencadeadas com os centros de saúde e equipes locais.

Ainda em relação à mortalidade, cabe dizer que temos no município desde 1998, o Comitê de Mortalidade Infantil, o Comitê de Mortalidade Materna, e mais recentemente a Coordenadoria da Mulher, os quais são setores que têm buscado e desencadeado a investigação de óbitos e outras situações sentinela. A análise de algumas informações que transitam por vários sistemas (SIM, SINASC e SISPRENATAL), proporcionam uma visão mais integral do sistema de saúde. Buscamos a discussão com hospitais (onde ocorre o evento), distritos e centros de saúde é uma das formas de potencializarmos nossas ações.

Outro sistema a ser comentado neste grupo é o SINASC, o qual passou a ser processado pelo município em 1994. Até então era responsabilidade do antigo Escritório Regional de Saúde (ERSA). Da mesma forma que o SIM, este sistema passou em 2003 para responsabilidade de técnicos que estão vinculados à CII, até então fazia parte da COVISA,

hoje Departamento de Saúde Coletiva. As DNV são analisadas, corrigidas e repassadas aos centros de saúde, o que permite que as equipes possam visitar com maior brevidade, no mínimo, naquelas situações mais relevantes. Nem todas as unidades conseguem ainda realizar todas as visitas aos recém nascidos, com a forma oportuna requerida, mas esta tem sido a tônica nas discussões a respeito deste tema, entre distrito e centros de saúde.

O SINAN foi implantado no ano de 1995. O município de Campinas foi a experiência pioneira no uso do sistema no Estado de São Paulo. Dos sistemas e cadastros citados neste primeiro grupo, é o mais descentralizado em sua utilização. Os cinco distritos de saúde (VISA), bem como os Núcleos de Vigilância Epidemiológica (NVE) de alguns hospitais fazem o preenchimento e até a digitação das fichas de investigação. Embora a maioria da digitação e análise das Fichas de Investigação Epidemiológicas (FIE) aconteçam nos distritos, a avaliação da consistência do banco de dados ainda têm ocorrido no nível central. Há alguns anos, tivemos a oportunidade de utilizarmos o SINAN no nível local (Centro de Saúde Integração), mas devido a problemas de quebra e falta de equipamentos, foi retomado o fluxo anterior, via distrito de saúde. Foi uma experiência interessante e temos manifestado interesse, neste momento enquanto distrito de saúde para essa descentralização. Avaliamos, que a utilização e análise das informações deste sistema, ainda não têm sido das mais adequadas, não só devido às mudanças ocorridas no sistema operacional, de DOS para WINDOWS, mas persiste uma infinidade de campos não informados pelo notificante, necessitando muitas vezes a duplicação do trabalho a partir de planilhas paralelas (exemplo da dengue, meningite e tuberculose) ou mesmo a demora para o encerramento de casos que em muito atrapalha a rotina dos diversos níveis. Os relatórios produzidos e disponibilizados pelos diversos setores, em geral têm contemplado apenas agravos escolhidos para impactação, em determinado momento de atuação mais específica ou campanha, não havendo uma rotina definida pelos setores responsáveis.

Em relação às informações do Censo do IBGE, neste ano de 2003, tivemos avanços importantes com a compilação, análise e manejo destas informações a partir da CII, com a posterior disponibilização para os distritos e centros de saúde. A CII, a partir de diretrizes estabelecidas de disseminação da informação, vem possibilitando discussões por parte dos distritos e equipes locais, com a delimitação dos territórios de atuação das equipes do PSF e das informações do Censo 2000. O georreferenciamento tem sido uma das metas

para a efetivação do atual modelo tecno-assistencial, o que tem mobilizado a CII na definição e adequações das informações aos espaços cada vez menores de atuação das equipes. Estes espaços, as microáreas, grande parte das vezes não são coincidentes com os espaços territoriais definidos no momento do censo (setor censitário), o que tem levado um esforço maior às equipes, para readequação destas áreas (se possível), que possam permitir maior compatibilidade na leitura das informações disponíveis e a microárea de atuação. As informações a partir do censo são riquíssimas e permitem juntamente com as informações mais específicas da saúde, ampliar potencialmente a capacidade de análise e intervenção. A discussão estabelecida, (acreditamos), amplia a sensibilização dos profissionais de saúde, para as coisas da informação, o que tem aproximado os níveis (central, distrital e local), cada qual com a sua responsabilidade neste momento.

Já o Cadastro “Paidéia”, surgiu como um das condições fundamentais para a implantação e efetivação do novo projeto da saúde no município de Campinas. Busca-se desde o início, a possibilidade da criação de um cadastro de usuários e domicílios, que ao mesmo tempo possa atender às diretrizes de implantação do modelo, permitindo informações mais próximas e adequadas às equipes de saúde, mas que também possa ser compatível com a base de dados para a utilização do Cartão Nacional de Saúde do MS.

O cadastramento de pessoas e domicílios está sendo realizado pelos ACS, após a definição de limites da área de atuação das equipes de saúde da família, definido pela microárea, como falado anteriormente, trazendo algumas informações iniciais do censo a partir dos setores censitários, realidade sanitária local e atividades já desenvolvidas pelas unidades. No início da implantação em 2001, houve incompatibilidade com o aplicativo usado na época, que foi revisto, o que permitiu a retomada do cadastramento em 2003.

Segundo o MS, a proposta do Cartão Nacional de Saúde vem no sentido de permitir a integração dos diversos sistemas existentes. Sua característica fundamental seria de possibilitar ao SUS a capacidade de identificação individualizada dos usuários (cada usuário terá um cartão individualizado) e dos profissionais de saúde perante o sistema. Dado isso, existe a necessidade do cadastramento de usuários (conforme apontamos no parágrafo anterior) e do cadastro de profissionais e estabelecimentos de saúde que descreveremos ainda neste capítulo. Atualmente vários municípios do país estão em fase de implantação deste cadastramento na perspectiva do cartão. Discussões têm ocorrido a

respeito da finalidade deste cadastramento. Este seria somente utilizado para a emissão de um Cartão Nacional de Saúde para análise de custos do sistema de saúde ou se seria uma ferramenta para o adequado conhecimento do perfil epidemiológico nas regiões onde este tem ocorrido? E o “cartão”, seria um instrumento com a possibilidade de unificarmos os vários SIS existentes, e que conforme observamos anteriormente não “conversam” entre si? Entendemos que se pudermos contemplar estes dois movimentos, poderemos dar um salto de qualidade dentro do SUS em nosso país.

6.3-INFORMAÇÕES DA DEMANDA (“O MUNDO AQUI DENTRO LÁ FORA”)

Outros instrumentos ou sistemas utilizados, embora ainda pouco valorizados pelos serviços de saúde de nível local, são àqueles que dizem respeito ao que fazemos e produzimos em nossos serviços. São sistemas que têm seus instrumentos de coleta preenchidos a partir dos atendimentos, procedimentos e atividades desenvolvidas. O que é importante (mas pouquíssimo valorizado), é que qualquer discussão que tenhamos necessidade de fazer com outros níveis do sistema de saúde, pode ser auxiliada e balizada também por estas informações. O “mundo” nos conhece através delas. As comparações com outros municípios, a qualificação e complexidade das ações que desenvolvemos ou alguma negociação que tenhamos de fazer com qualquer nível da gestão acontecerão a partir destas informações. Não queremos dizer com isso, que não devemos ser críticos a respeito do excesso de instrumentos que chegam e da verticalização dos sistemas que existem, que não se falam e que em muitas das vezes repetem registros já informados.

Neste segundo grupo de sistemas utilizados nos níveis locais do município temos: o Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial de Atenção Básica (SIGAB), um sistema auxiliar utilizado para alimentar o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS); o Sistema de informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI); o Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL); o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA); o Relatório de Situação de Saúde e Acompanhamento de Famílias do Sistema de Informação Ambulatorial Básico (SSA2) do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

(SISCOLO); e o Sistema de Notificação de Acidentes Biológicos com Profissionais de Saúde (SINABIO). Optamos por juntar ao grupo, o Sistema de Gerenciamento de Materiais e Medicamentos (SIG2M) e o Saúde On Line (SOL), que são dois sistemas ainda em fase de implantação, que estão relacionados com o processo de trabalho e podem possibilitar algumas informações para os serviços, pela interface que têm com a demanda. Todos estes sistemas são alimentados a partir dos registros informados pelos centros de saúde com a divulgação e forma de utilização dos resultados e relatórios, variando de acordo com cada sistema. Cabe ressaltarmos que os resultados e informações obtidos, estão muito ligados à fidedignidade e responsabilidade que atribuímos no momento do registro dos nossos procedimentos e ações nas planilhas, fichas e instrumentos de coleta. Para finalizarmos este grupo, cabe aos locais de internação (hospitais municipais e conveniados), a utilização do Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), que informa através da emissão das Autorizações para Internação Hospitalar (AIH), o qual foi citado aqui pela interface que tem tido com o nível local, pois permite em alguns momentos o conhecimento de casos internados referentes à área de abrangência da unidade.

O SIGAB é um sistema que foi desenvolvido pelo MS/DATASUS, utilizado por opção, no município de Campinas, que emite relatórios de procedimentos e exporta dados para o SIA/SUS e para o SIAB. O SIGAB está hoje instalado em todos os centros de saúde do município, tendo iniciado sua implantação em 1998. Os dados a respeito dos atendimentos e procedimentos são coletados nas planilhas de atendimento, e a digitação é realizada no próprio serviço, por profissional contratado, e encaminhados por *FTP*³ para o servidor central na CII. Os relatórios emitidos a partir deste sistema, permitem conhecermos o perfil dos usuários atendidos pelo centro de saúde, total de atendimentos por especialidade profissional, pelas equipes de referência do PSF e até por cada um dos profissionais da equipe, (entre vários outros relatórios), definindo-se inclusive o período desejado. Embora possamos utilizá-lo em todos os níveis, é ainda um instrumento pouco aproveitado para a gestão local, alegando-se que permitem relatórios básicos, muito embora esteja bem abaixo do limite da sua capacidade de uso, enquanto ferramenta auxiliar à gestão local.

³ *FTP (File Transfer Protocol)*, é um protocolo padrão para transferências de arquivos via internet.

Seria pertinente registrarmos que o SIA/SUS, tem um papel importante neste bloco de sistemas que registram o que é feito e produzido por nossas unidades, pois embora não possamos ter relatórios individualizados, ou com possibilidade do uso do microdado, este sistema acaba sendo um consolidador de vários outros sistemas como o já citado SIGAB, e Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC), entre outros. Por ser de âmbito nacional permite os macrodiagnósticos pelos níveis maiores do SUS.

O SI-PNI é alimentado pelos centros de saúde a partir do preenchimento de planilha do subsistema de Avaliação do Programa de Imunizações (API), as quais são encaminhadas todo final de mês ao distrito para digitação e então a outros níveis, como o próprio MS. Permite o cálculo das coberturas vacinais do município, distritos e centros de saúde a partir do consolidado das doses aplicadas (em faixas etárias, tipo de vacina e dose aplicada) com a opção de escolhermos no API, o denominador que entendemos mais adequado como nascidos vivos, população do censo, população da Fundação SEADE, ou ainda como sonhamos, a população a partir do cadastramento das microáreas das equipes do PSF.

No final de 2001, surgiu o SISPRENATAL, um sistema alimentado a partir de informações dos centros de saúde. É um programa para acompanhamento das gestantes inseridas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Os cadastros das gestantes e planilhas de acompanhamento são preenchidas no nível local e digitados na CII, a qual também é responsável pela emissão dos relatórios, que são enviados mensalmente a todos os níveis. Permite conhecermos o perfil das gestantes que acompanhamos, onde podemos analisar este grupo a partir de variáveis como: faixa etária, período que chegam para o pré-natal, número de consultas na gestação, exames que foram solicitados, entre outros. Temos observado diferença entre o total de gestantes que acompanham em nossos serviços e aquelas que realmente foram cadastradas no SISPRENATAL, estas em menor número. Isto decorre da pouca sensibilização por parte das equipes, pouca utilização na análise e interpretação dos relatórios que temos encaminhado para as unidades, os quais permitem informações importantes para avaliação do seu trabalho, em relação ao seguimento destas pacientes. Além deste uso descrito, este sistema proporciona um repasse “carimbado” de recursos aos municípios, a partir de alguns

pressupostos, como captação precoce, mínimo de 6 consultas no pré-natal, consulta de puerpério, entre outros, recursos estes que não têm sido valorizados por alguns níveis da gestão.

Citaremos um exemplo que bem ilustra as situações enfrentadas com os SIS. Neste momento estamos redefinindo fluxos para a notificação da Sífilis Congênita no município e buscando melhorarmos a informação a respeito disso. Se tivéssemos a partir do SISPRENATAL registro de todos os casos que são acompanhados (temos subregistro), ou dados sobre a solicitação das duas sorologias (VDRL⁴), que fazem parte do protocolo (outro subregistro) e até de seus resultados (esta última informação não tem no sistema), já partiríamos de uma informação que pudesse apontar metas a serem conquistadas. Mas a realidade neste momento, é que mesmo havendo um instrumento que poderia ampliar a capacidade intervenção, não o utilizamos. Qual o percentual de gestantes que chegam ao parto sem terem coletado dois VDRL? Existem serviços que não estão solicitando dois (VDRL) como manda o protocolo? Por que? Não conseguimos obter estas respostas. Daí, mais uma vez, a importância de registrarmos com fidedignidade os nossos casos e usarmos isto para análise, diagnóstico, intervenção e captação de recursos.

Surgiu mais recentemente o HIPERDIA, agosto de 2002. Um sistema que permite o cadastramento de pacientes diabéticos e hipertensos pelas unidades de saúde, os quais são digitados no distrito de saúde e encaminhados para a CII. Os relatórios emitidos até então, são na forma de simples listagens. Quando da implantação sugerimos a possibilidade da utilização de algum campo do cadastro para que pudéssemos, no mínimo, distribuímos estes pacientes por equipe de referência do PSF, mas isto não foi possível, o instrumento “chegou pronto”. Os usuários cadastrados passam a fazer parte de uma listagem que é encaminhada ao MS, a qual tem como finalidade a garantia de uma cesta básica de medicamentos para todos os pacientes cadastrados... O cadastro preenchido pode permitir uma avaliação da situação clínica destes usuários, mas que não tem tido retorno por parte dos outros níveis, embora esta possibilidade esteja sendo comprovada por alguns estudos pontuais realizados em algumas unidades de saúde, que compilam estes dados antes do envio ao MS. Os já falados instrumentos paralelos.

⁴ VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory), um teste sorológico usado para o diagnóstico de sífilis.

Em 2002, experimentamos utilizar a partir de nossos centros de saúde o Relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área – o relatório SSA2 do SIAB. Uma planilha que deve ser preenchida de forma sintética pelas equipes de saúde da família quando do atendimento, e que define alguns agravos a serem informados para acompanhamento pelas equipes que são: gestantes jovens, vacinação, nascidos vivos com baixo peso, tuberculosos e visitas realizadas, entre outras situações. Este instrumento procura avaliar as ações de saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF no território, a partir destas situações elencadas, mas apresenta algumas dificuldades na análise, pois para o funcionamento efetivo, a identificação individual a partir do cadastramento seria importante. Neste momento o município tem informado o MS, alimentando este instrumento a partir das informações disponíveis nos outros sistemas. Talvez para os municípios que não disponham de outros sistemas ou que tenham um volume de atendimentos e população adscrita menor este relatório possa ser melhor aproveitado.

Nossa relação com o SISCOLO, a partir dos centros de saúde, tem sido mais no sentido de registrar e informar a coleta de Citologia Oncótica, quando então é preenchida uma ficha com dados da paciente e estabelecido um fluxo (no caso de Campinas), para o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) onde são processados os exames. Estes exames retornam após algumas semanas, com os resultados e orientações a respeito de alterações, caso ocorram. Muitas unidades criaram sua própria forma de investigação e acompanhamento para os exames alterados, utilizando iniciativas locais.

Outro sistema, o SINABIO, foi proposto em 1999 pelo Programa Estadual DST/AIDS do Estado de São Paulo, onde 134 municípios já o utilizam. Em Campinas passou a ser implantado no final de novembro de 2003, a partir da notificação pelas unidades de saúde do município e começará a funcionar efetivamente em 2004. A digitação ocorrerá nas VISAs distritais e Núcleos de Vigilância Epidemiológica (NVE) dos hospitais, com fluxo para o nível central.

Citaremos ainda dois sistemas que estão em fase de implantação e que possuem características diferentes dos anteriores, mas pelo momento e importância de TI merecem ser listados neste grupo. Estão mais próximos deste grupo, pois junto com a produção de consultas e procedimentos, permitem uma análise inicial da demanda por especialidades e consumo de medicamentos, que são gerados pelas nossas unidades.

O SIG2M, é um sistema que começou a ser utilizado por alguns centros de saúde e permite o controle de estoque de materiais e medicamentos, possibilitando a melhor organização e previsão destes itens pelos serviços. O serviço passa a informar *on line* ao almoxarifado, toda “baixa” de itens em seu estoque, o que permite uma monitoração constante de seu estoque pelo sistema de saúde. Os distritos tem possibilidade de acessar o almoxarifado acompanhando os estoques existentes ou itens “zerados”.

Outro sistema, o SOL-APOENA, iniciou seu funcionamento em novembro de 2003, estando ainda em fase de implantação. Foi desenvolvido pela empresa APOENA para utilização pela SMS. Este sistema permite o agendamento de especialidades e exames *on line* à partir dos centros de saúde. Baseia-se numa lógica de funcionamento em que os serviços de referência abastecem o servidor central, que disponibiliza as vagas para os centros de saúde, os quais farão o agendamento. Este sistema permite a emissão de relatórios padronizados para todos os níveis do sistema de saúde, com avaliações de uso, perdas e a melhor otimização das vagas.

Finalizando este segundo grupo, temos ainda o SIH/SUS, o qual não é gerado pela rede básica, mas pelos serviços hospitalares próprios e conveniados, que informam à Coordenadoria de Avaliação e Controle (CAC) do município, que após consolidação destas informações, envia ao DATASUS. Isto permite aos prestadores receberem o pagamento pelas internações realizadas. Há alguns meses, temos recebido da CII, relatórios sobre algumas internações que precisam ser informadas no componente SSA-2 do SIAB, já comentadas anteriormente. Nestes relatórios consta o nome, endereço, diagnóstico, data da internação e alta, entre outros. Ainda não temos tido agilidade suficiente para trabalharmos de forma mais adequada estas informações, que são importantes para ajudar-nos a estabelecer o papel do hospital como referência à às unidades de saúde.

6.4-INFORMAÇÕES E OUTROS INSTRUMENTOS QUE CARACTERIZAM A ESTRUTURA E A OFERTA DE SERVIÇOS

Existem alguns sistemas e instrumentos, que ajudam a garantir a organização e o funcionamento dos serviços, quer porque justificam as atividades desenvolvidas, captam recursos ou porque organizam e descrevem a qualificação da rede de serviços existentes.

Estes instrumentos são responsáveis pela infra-estrutura e cadastramento dos profissionais envolvidos. Citaremos entre eles, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Ficha de Programação Orçamentária (FPO), além do cadastro das equipes do PSF. Atualmente em nosso município, a CAC, CII, distritos de saúde e gestores de unidades básicas, são os responsáveis por manter este arsenal de instrumentos “na ordem do dia”, em relação às atualizações e fluxos precisam ser estabelecidos.

O CNES foi introduzido no município em 2002 e permite, a partir de suas fichas cadastrais, conhecer as condições de funcionamento das unidades e proporcionar ao SUS, uma base de dados confiável e única. É possível a partir de seus componentes, o conhecimento a respeito da capacidade potencial da oferta dos serviços, mas para isso é necessário que seja atualizada, sempre que qualquer alteração de pessoal, área física ou procedimentos ocorram. Seus componentes são a Fichas Cadastrais de Estabelecimentos de Saúde (FCES), nas quais registramos as informações a respeito da área física, equipamentos disponíveis, serviços oferecidos e profissionais envolvidos com estes serviços. O CNES define uma numeração que identifica nacionalmente o estabelecimento de saúde.

A FPO, outro instrumento aqui agrupado, contempla e identifica todos os procedimentos possíveis que a unidade pode realizar, que obviamente tem de ser compatível com o perfil e complexidade da mesma. A cada procedimento que a unidade incorpore na sua prática, deve fazer o orçamento para que esta informação seja atualizada e o recurso seja disponibilizado, dependendo o tipo de gestão municipal.

Embora estes instrumentos digam respeito à categorização, definição de complexidade e estruturação do serviço perante outros níveis do SUS, há pouco envolvimento dos serviços e gestores locais com estes instrumentos. Embora possibilitem informações importantes a respeito da gestão local, identificando e qualificando os serviços de saúde, são ainda instrumentos pouco conhecidos e valorizados pelos gestores locais. Avaliamos como importante que seja atribuído maior valor de uso para estes instrumentos por parte dos gestores locais, pois são instrumentos de gestão. Fazermos a discussão das mudanças e das definições que vêm acontecendo a partir da NOB, NOAS, PPI-ECD e outras que virão, possibilitam uma relação direta com a gestão local e com a necessidade de apropriação deste instrumental.

Finalizando este grupo de instrumentos, temos o Cadastro das equipes do PSF, que é uma maneira do MS acompanhar como tem acontecido a implantação do PSF nos municípios e conseqüentemente vincular o repasse de recursos. Cabe às equipes do PSF e distritos atualizarem sempre que necessário, as alterações ocorridas, como ampliação da equipe, alteração e mudança de profissionais. O distrito informa o nível central e CAC que repassa essa informação ao MS. Uma observação importante e que é válida para todos os sistemas e cadastros deste grupo, diz respeito à atualização que deve ser feita em todos os instrumentos caso exista alguma alteração, para que as informações dentro do sistema estejam compatíveis.

6.5-SISTEMAS E INFORMAÇÕES EM SAÚDE QUE ATENDEM AOS PROJETOS ESPECÍFICOS

Alguns sistemas implantados têm uma utilização mais específica, quer porque se propõem a trabalhar com informações referentes a determinado tema ou área ou porque muitas vezes acabam não “circulando” em todos os níveis da SMS, estando localizados no nível central, em algum distrito ou serviços de referência. Muitas vezes são até desconhecidos por parte dos trabalhadores de saúde. Dentro deste grupo podemos citar o Sistema de Informação em Vigilância Sanitária (SIVISA), o Sistema de Vigilância Entomológica do Aedes (SISAED) e o Sistema de Informação das Comunicações de Acidentes do trabalho (SISCAT), entre outros.

O SIVISA, é um sistema sob a coordenação do Centro de Vigilância Sanitária do Estado de São Paulo, que busca a padronização do Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária (CEVS), possibilitando, regulamentar e disciplinar os procedimentos administrativos referentes ao cadastramento e licenciamento dos equipamentos e estabelecimentos de interesse à saúde (indústria de alimentos, água mineral, medicamentos, entre outras, além de distribuidoras, comércio varejista, etc...). Este sistema está instalado nos distritos e orienta as ações das equipes que atuam em Vigilância Sanitária no seu trabalho de campo.

Devido às especificidades exigidas no combate à dengue, foi desenvolvido um sistema, o SISAED, para coleta de dados dos municípios do Estado de São Paulo, permitindo o estudo da densidade larvária e a construção do Índice de Breteau. A

Superintendência do Controle de Endemias (SUCEN), faz a análise destas informações juntamente com os municípios possibilitando direcionar as ações no combate à dengue. O sistema está localizado nos distritos de saúde onde ocorre a digitação e depois o encaminhamento destes dados à SUCEN.

Os acidentes do trabalho e as doenças ocupacionais embora possuam o atendimento descentralizado na rede básica desde 1995, manteve a consolidação destas informações centralizada no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Durante muito tempo o CRST utilizou o SISCAT para este registro, a partir do preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) dos centros de saúde. Neste momento discute-se a implantação de um outro sistema para o ano de 2004, ainda com o nome provisório de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISATRA), que possibilitará também o registro de acidentes com trabalhadores informais, ampliando o escopo de informações.

Finalizando a descrição dos quatro grupos que optamos por separar didaticamente, e aproveitando estas breves descrições e dificuldades sobre SIS que trouxemos, cabe resgatarmos algumas colocações trazidas pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde⁵, em visita à Campinas neste ano de 2003, trazendo-nos a sensação de que mudanças estão por vir, quando diz que *“alguns destes sistemas terão vida curta”*. Disse ainda o secretário que devem ocorrer mudanças na política de informação em saúde do MS, indicando possibilidades de não termos de usar as informações geradas somente para justificar a captação de recursos, como hoje acontece com alguns sistemas. Há possibilidade dos municípios passarem a informar somente o que interessa ao MS, para as macroanálises necessárias, outras informações que são de interesse para a gestão municipal não teriam necessidade de serem informadas a outros níveis, interessam sim ao município e sua gestão municipal.

⁵ Em reunião com coordenadores de centros de saúde, distritos de saúde e nível central da secretaria da saúde Gastão W.S. Campos chegou a dizer: “não vejo a hora de assinar o atestado de óbito de alguns destes sistemas” .

6.6-BUSCANDO “FORÇAS” PARA O MELHOR MANEJO DAS INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Para contextualizarmos o momento atual no município, seria importante citarmos que muitas têm sido as iniciativas da SMS nos últimos anos, e que culminaram no ano de 2002, por iniciativa da então Coordenadoria de Informação em Saúde (CIS), hoje CII, ligada ao Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional (DGDO), com uma série de encontros a respeito do uso e incorporação da informação nos serviços de saúde e da discussão a respeito dos SIS em uso no SUS Campinas. Vários encontros foram realizados, tendo como público alvo as equipes dos NSC, coordenadores de unidades e técnicos dos distritos, contando inclusive com assessoria específica para estas discussões. (SMS, 2002 a)

Além destas discussões, sobre a importância da disseminação da informação, tivemos no primeiro semestre de 2003, o foco das discussões sobre o uso da informação direcionadas a pensarmos a construção e definição de alguns indicadores para a avaliação de serviços, carência identificada à partir do Departamento de Saúde. Ou seja, identificava-se a necessidade de maior utilização e valorização dos sistemas e instrumentos existentes também para a avaliação da gestão e das práticas dos serviços.

A partir deste diagnóstico realizado pela SMS, de que mesmo existindo a produção de inúmeras informações, disponibilidade e uso de sistemas, além dos relatórios emitidos, existe dificuldade e pouca utilização destes para a avaliação da gestão formou-se um grupo de trabalho envolvendo DGDO, técnicos representando os distritos de saúde, alguns gestores locais e representantes da COVISA (hoje Departamento de Saúde Coletiva), para dar início às discussões. As primeiras reuniões ocorridas apontaram para a utilização inicialmente das informações já disponíveis (existem muitas), e que a partir destas sejam construídos alguns indicadores ágeis, que permitam comparações entre as várias unidades, e que estejam intimamente vinculados com os problemas de saúde que os serviços tomaram como focos de seus programas. Definiu-se ainda, que estes sejam em pequeno número, embora abrangentes, e que estejam facilmente disponíveis e correlacionados com as diretrizes do “Paidéia”. (SMS, 2003 a)

O Departamento de Saúde Coletiva, a partir da Coordenadoria de Epidemiologia, também tem buscado uma maior apropriação das informações existentes, trazido pela necessidade da ampliação do olhar das vigilâncias, tendo desencadeado iniciativas como os “Dados na Roda”, onde buscou uma qualificação maior a respeito da discussão da tuberculose no município, abrangendo todos os níveis do sistema, ou ainda buscando novas discussões a respeito das “Diretrizes da Saúde Coletiva no Paidéia”, onde aponta alguns caminhos para esta área dentro do novo modelo.

Ainda nesta linha temos a iniciativa do setor de epidemiologia, em desencadear ainda no final de 2003, a discussão a respeito da construção de um “Painel Epidemiológico”, junto à CII (responsável pela disseminação da informação na SMS), um instrumento de informação que possibilitará o monitoramento de alguns agravos, permitindo sinais de alerta para as situações relevantes definidas pelos níveis central, distrital e local. Este painel estará disponível em ambiente de rede, o que permitirá o acesso rápido quando acessado. São iniciativas que vão ao encontro e valorização da informação em saúde e da epidemiologia em todos os níveis. A definição dos agravos e variáveis serão definidos a partir dos olhares dos diversos serviços e níveis do sistema e deverá estar funcionando ainda no ano de 2004. (SMS, 2003 c)

Temos tido também avanços importantes na SMS a respeito do uso de TI em momentos recentes com a disponibilização das informações existentes para a população em geral. No ano de 1999, tivemos a construção de uma página na internet com a participação da CII da SMS e da Informática dos Municípios Associados (IMA) chamada “Portal Saúde Paidéia”. Este Portal passou a disponibilizar uma grande quantidade de informações sobre o município, indicadores de saúde que podem ser conhecidos até os limites das áreas de abrangência dos centros de saúde e tem permitido que qualquer cidadão (que tenha acesso à internet, site www.campinas.sp.gov.br/saude), possa informar-se sobre serviços oferecidos ou sobre indicadores que mostram a situação de saúde no município. Esta é uma outra linha de oferta da informação (além da que nos propomos a discutir neste trabalho), mas importante no contexto e desenvolvimento da área de tecnologias da informação e telecomunicação na saúde que estamos vivenciando no país.

Ainda no primeiro semestre de 2003, houve a disponibilização pela CII de alguns bancos de dados que temos em uso em Campinas (SINASC, SINAN e SIM), no portal da saúde, permitindo então, além do acesso direto a tabelas e textos existentes, a possibilidade de vários cruzamentos de dados, a partir de aplicativos como o TabWin⁶ e TabNet⁷. Foram realizados treinamentos para os distritos e centros de saúde, entre os meses de maio e outubro de 2003, o que com certeza estimulará os profissionais de saúde para o manejo das informações existentes.

A CII tem ainda estimulado e dado suporte, para a discussão da territorialização no município e retomada do Cadastro “Paidéia” de famílias e domicílios. A partir de redefinição de limites entre as áreas, tem disponibilizado mapas temáticos a partir de dados do Censo 2000, com distribuição destas variáveis por setor censitário, o que tem permitido maior aproximação nas análises do espaço local, somado às informações locais conhecidas dos ACS, já comentadas no início deste capítulo. Acreditamos que estas ferramentas e discussões podem propiciar e trazer a liga para as práticas de saúde dos serviços permitindo um salto de qualidade em relação à situação de saúde dos espaços locais, embora é bem verdade, ainda não estejam com o ritmo que todos gostaríamos.

É importante relatarmos o contexto atual, pois entendemos como vivo este momento no município em relação à valorização do uso da informação em saúde, quer busquemos a utilização para avaliação de serviços, diagnósticos de saúde da região de abrangência, avaliação a respeito do impacto do trabalho de nossas equipes ou a adequação do modelo. A busca de outras ferramentas como o georreferenciamento, os SIS mais ágeis e maior disponibilização da informação em saúde proporcionam, com certeza, uma ampliação da capacidade de análise por parte de gestores, trabalhadores de saúde e usuários.

Para finalizarmos este capítulo, cabe lembrarmos que embora tenhamos buscado a descrição dos sistemas maiores e valorizado a incorporação de TI, não perdemos o foco do que estamos propondo discutir neste trabalho, que são as informações do nível

⁶ TabWin (Tabulador para Windows), é um programa disponibilizado pelo DATASUS que permite a tabulação de dados para ambiente Windows.

⁷ TabWin (Tabulador para Windows), é um programa disponibilizado pelo DATASUS que permite a tabulação de dados para ambiente Windows.

local, às quais necessitam em muitas das vezes, maior análise e interpretação do que grandes ambientes informacionais, que também são bem vindos.



***CAPÍTULO VII – A INFORMAÇÃO
EM SAÚDE E A EPIDEMIOLOGIA
FAZENDO PARTE DA AGENDA DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE***

Falamos aqui sobre as possibilidades, mudanças e motivações trazidas pelo modelo tecno-assistencial implantado em Campinas em 2001, apesar das dificuldades encontradas, buscando contextualizar o distrito de saúde e seu papel, até então distante para as práticas de formulação e uso da informação em saúde e epidemiologia, são temas estimulantes neste momento. Importante também colocarmos na ordem do dia, as discussões a respeito da constituição dos novos espaços trazidos pelos NSC, entendendo-o como motivador e formulador para as coisas da informação no nível local, apontando a importância do uso destas ferramentas como facilitadores das ações da vida local. Para balizarmos o momento atual propomos resgatar de forma breve, os modelos tecno-assistenciais oriundos de quadros comprometidos com a Reforma Sanitária e o que estes apontaram, mais especificamente, a respeito do uso da epidemiologia para o manejo das informações em saúde.

7.1-UM MODELO TECNO-ASSISTENCIAL COM SOTAQUE CAMPINEIRO E NOVOS ESTÍMULOS AO USO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE E DA EPIDEMIOLOGIA

Embora não seja intenção neste momento fazermos uma discussão com maior rigor teórico-conceitual sobre modelos tecno-assistenciais, não conseguimos fugir de uma rápida análise a respeito de alguns modelos e sua relação com a epidemiologia, na expectativa de conhecermos formas de utilização desta, que têm contribuído para as mudanças desenvolvidas pelos segmentos envolvidos com a saúde coletiva em nosso país. Segundo Carvalho (1996), *“no Brasil, sobretudo a partir dos anos 90, quando se acelerou o processo de descentralização, desenvolveram-se diversas experiências municipais inovadoras, em busca de novos modelos de organização das práticas sanitárias. Embora sob denominações diversas, pode-se dizer que tais experiências vêm se orientando por alguns dos marcos renovadores estabelecidos a partir de 1986”*. (CARVALHO, 1996)

Entre as propostas de modelos tecno-assistenciais mais comprometidos com as diretrizes trazidas pelo SUS, que surgiram nas últimas décadas, embora com variações, dependendo do local de implantação, poderíamos citar: Vigilância à Saúde, (conhecido também como Distritos Sanitários), Sistemas Locais de Saúde (SILOS), Cidades Saudáveis,

Ações Programáticas de Saúde, Em Defesa da Vida, Programa de Saúde da Família (PSF) e mais próximo de nós neste momento, o PSF “Paidéia”.

A partir destas propostas citadas, inúmeras têm sido as contribuições de militantes do Movimento Sanitário, que têm experimentado estes modelos nos vários rincões do país, com algumas características peculiares em relação à concepção do processo saúde-doença, integralidade na oferta de serviços, articulação intersetorial, entre outras, muito embora, o que queremos buscar neste momento são as características destes modelos na interface com as “coisas” da epidemiologia, se possível.

A proposta baiana dos SILOS tem seu enfoque principal na regionalização das ações de saúde por intermédio dos Distritos Sanitários, como forma de descentralizar as decisões, compreender melhor os problemas locais e está muito ligado às propostas da OPAS tendo ênfase na vigilância à saúde e no planejamento local.

O modelo de Vigilância à Saúde tem sua “matriz” formuladora na Bahia e Minas Gerais, no final dos anos setenta. Drumond Jr (2001), ao fazer a discussão sobre epidemiologia e modelos tecno-assistenciais, diz que o *“Modelo da Vigilância à Saúde dá grande valor à relação da saúde com as condições de vida e tem duas concepções. Uma mais geral que estabelece uma ampliação do conceito de vigilância, tradicionalmente incorporado às atividades das vigilâncias epidemiológica e sanitária, procurando integrar ações coletivas e individuais em diferentes dimensões das necessidades em saúde que incluem o controle de determinantes sócio ambientais, o controle dos riscos e controle dos danos. Esta concepção tem sido denominada de Vigilância em Saúde (Paim e Teixeira, 1993), e dá grande valor ao uso da epidemiologia nos serviços de saúde para a vigilância (sanitária e epidemiológica), formulação de políticas públicas e na organização dos serviços, incluindo o planejamento e administração, análise da situação de saúde... A construção e operação dos sistemas de informação é elemento essencial do modelo, que dá grande ênfase para a área de saúde na gerência do processo de definição dos problemas prioritários e das respostas sociais para abordá-los”*. Ainda a respeito do modelo da Vigilância à Saúde, diz o autor, *“uma outra concepção, complementar, agrega este modelo à proposta da abordagem do território e suas microáreas de risco, a territorialização (de Mendes, 1993). O uso do sistema de informações geográficas é uma ferramenta muito utilizada nesta vertente da proposta”*. (DRUMOND JR, 2001)

O modelo Cidades Saudáveis (para nós, representado neste momento pelo “saudecidade” de Curitiba), tem características em comum com o projeto da Organização Mundial de Saúde (OMS) e fundamenta-se na Carta de Ottawa (Canadá, 1986). Segundo Carvalho (1996) a *“proposta de cidades saudáveis estaria situada mais no campo do urbanismo, não tendo condições de contribuir para os dilemas da organização de serviços de saúde, para outros uma efetiva integração de políticas públicas sob o primado critério da saúde, tornaria supérflua ou secundária a discussão sobre a organização da assistência e assim por diante”* (CARVALHO, 1996)

Silva Jr (1996), ao analisar os modelos alternativos surgidos no Campo da Saúde Coletiva no Brasil, avalia que o modelo Cidades Saudáveis tem características em comum com o modelo da Vigilância à Saúde, pois baseiam-se na epidemiologia social e na construção dos Sistemas Locais de Saúde. Embora o modelo Cidade Saudável enfatize mais a abordagem da cidade e os processos de urbanização buscando a intersectorialidade para a eleição de temas.

O modelo das Ações Programáticas em Saúde vem da década de 70, sendo teorizado no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Schraiber (1990), utiliza a Programação em Saúde como um modelo de organização dos serviços, segundo a autora, ancorado na epidemiologia, embora enfatize o papel desta nos serviços de saúde com um enfoque diferente do modelo Cidades Saudáveis ou Vigilância à Saúde.

Para Drumond Jr (2001), *“nas suas formulações mais recentes (este modelo), apesar de considerar a epidemiologia como um instrumento para reconhecer as necessidades de saúde da população, sob um determinado ângulo, através do uso do método, em especial no diagnóstico de saúde, assenta a ênfase da proposta na reorientação das práticas de saúde a partir do uso de uma lógica epidemiológica que (como diz Schraiber, 1993), ultrapasse o momento do diagnóstico, para fundar a estruturação institucional do trabalho, passando a sua lógica a presidir o serviço”*. (DRUMOND JR, 2001)

O modelo Em Defesa da Vida foi criado a partir do Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) da UNICAMP, em Campinas, no final dos anos 80. Embora também tivesse sua ligação em entender o processo saúde-doença aos “ventos da

epidemiologia social latino americana”, aponta como uma de suas maiores críticas e divergências os limites da epidemiologia, para o entendimento da individualidade, subjetividade, desejos e interesses das pessoas. Defende que os serviços devem estar organizados para orientar suas intervenções, não a partir das necessidades tecnicamente identificadas pelos saberes epidemiológicos, mas também pelos saberes clínicos e pelas necessidades das pessoas.

Campos tem feito desde o início dos anos noventa, o contraponto e estimulado discussões com os modelos anteriormente citados. Para este autor, estes modelos consideram o saber epidemiológico, o principal eixo estruturador da atenção, e acabam deslocando para um plano secundário a assistência médica individual e a clínica. *“A ênfase dessas propostas está em identificar os problemas de saúde mais prevalentes de um determinado território e em planejar ações visando à intervenção coletiva através da promoção, da prevenção e da vigilância à saúde”*. A respeito disso, completa o autor: *“Há uma tensão entre a necessidade de um trabalho para o coletivo e a atenção para as pessoas com diversidade de sofrimentos, condições de vida e de necessidade de saúde. O instrumental epidemiológico indica problemas relevantes na população, porém, além de não ser o único para orientar a priorização e a definição de ações coletivas, é insuficiente para identificar e para lidar com os problemas de saúde que ocorrem nas pessoas, pela sua própria identidade conceitual / epistemológica, que não inclui a singularidade da natureza humana do adoecer”*. (CAMPOS, 1991)

No ano de 1994 surge o PSF, introduzido pelo MS, muito estimulado a partir de avaliações sobre o Programa de Agentes Comunitários (PACS), implantado em alguns municípios do Ceará em 1988. Segundo o MS (Brasil, 1996), o PSF chega com o objetivo de implementar *“a reorganização da prática assistencial, em novas bases e novos critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social...”* (BRASIL, 1996)

Segundo Franco e Merhy (2000), o PSF teria sua matriz teórica circunscrita ao campo da Vigilância à Saúde e seu trabalho estaria centrado no território conforme as concepções da OPAS. Para Drumond Jr (2001), ao analisar o uso da epidemiologia neste modelo, *“a epidemiologia além de dar bases para a lógica de concepção do programa*

numa direção preventiva, está contemplada tanto na elaboração do cadastro de saúde da família, uma das exigências para a implantação do programa, quanto na definição prévia de indicadores das ações executada”. Para o autor, “há um alto grau de sistematização e vinculação formal definido previamente, que praticamente introduz uma ótica epidemiológica em municípios onde a epidemiologia se estrutura de forma tradicional, deixa pouco espaço para a criatividade, obrigando o município a investir grande esforço na sua própria estruturação formal”. (DRUMOND JR, 2001)

No final da década de 90, alguns formuladores do modelo Em Defesa da Vida, “ao beberem de várias fontes”, propõem novas formas de reorganizar e potencializar este modelo. Segundo Farias (2001), *“reconhecendo que ele não foi potente para radicalizar os conceitos de vínculo, responsabilização e integralidade, propõe-se novos modos de organização do sistema: a adscrição de clientela não mais à unidade básica, mas sim a uma equipe de referência, inicialmente organizada por área (equipe de referência de pediatria, equipe de ginecologia e equipe de clínica médica); co-gestão dos serviços pelos usuários, trabalhadores e governo; organização matricial dos serviços com autonomia das equipes de referência... ênfase na clínica ampliada e na saúde coletiva, além de outros instrumentos (discriminação positiva de risco, avaliação de desempenho)...” (FARIAS, 2001)*

Em outros lugares, a implantação do modelo Em Defesa da Vida, deu-se de acordo com os ritmos e particularidades do município. Conforme Campos e Carvalho (1997) a respeito da implantação do modelo em Betim (MG), *“seria induzida a territorialização – ou seja – seriam estimulados a inscrição para uma mesma equipe de pessoas da mesma família e seus vizinhos, procurando otimizar as visitas domiciliares, ações de educação em saúde, o conhecimento das condições ambientais em que vivem e a execução de planos de ação para atividades coletivas... (esta) a territorialização geográfica, continuaria como diretriz para orientar as ações de vigilância à saúde. No entanto, nunca deveria se sobrepôr ao desejo do paciente de optar pela equipe que melhor lhe conviesse. Acredita-se que a área de abrangência tem papel importante na organização e planejamento das atividades assistenciais mas que, ao mesmo tempo, deve ser tratada com flexibilidade afim de que não se transforme em um constrangimento à qualificação e limitação do atendimento do usuário”. (CAMPOS; CARVALHO, 1997)*

Para Drumond Jr (2001), *“o projeto Em Defesa da Vida ainda não estabeleceu o papel da epidemiologia na proposta, apesar de apresentar nas suas formulações um espaço fértil para inserção, tanto em nível de ações coletivas mais amplas, perfeitamente coerentes com sua proposta ética, como em níveis mais estratégicos, como a proposta da criação das equipes de referência em nível local. A experiência da criação das equipes de saúde pública ou ações coletivas em Betim é um passo numa direção promissora, que no entanto, carece de definição das suas atribuições e ampliação do escopo da sua atuação, ainda muito restrita a um papel tradicional de vigilância das doenças de notificação compulsória ou a responder às exigências de normatização do SUS”*. (DRUMOND JR, 2001)

Este breve resgate dos modelos tecno-assistenciais mais recentes, em relação ao uso da epidemiologia, ajudam-nos a refletir a respeito da nossa prática diária e de quais características das experiências anteriores podemos ir agregando na construção do nosso trabalho cotidiano. Para Silva Jr (1996), *“a trajetória de desenvolvimento das experiências selecionadas é muito semelhante”*, e cabe concluirmos com Carvalho (1996), quando diz que *“essas experiências, assim como muitas outras em curso no país, são claramente convergentes e até complementares no que diz respeito ao esforço de construção de um novo paradigma para a saúde pública”*. (SILVA JR, 1996) (CARVALHO, 1996)

A CHEGADA DO PROGRAMA PAIDÉIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Desde que começamos a participar da discussão e da possibilidade de termos o PSF em Campinas, alguns de nós “torcíamos o nariz”. Surgiam preocupações e indagávamos, como uma cidade com uma boa capacidade instalada, com quase 50 Centros de Saúde, poderia incorporar um modelo com uma resolutividade que até então era considerada baixa. Tínhamos profissionais das três grandes áreas básicas (pediatria, clínicos e ginecologistas) em todas as unidades, e fomos incorporando outros (psiquiatras, psicólogos...) além de dentistas, enfermeiros, enfim, equipes invejáveis. Uma rede básica de saúde organizada e reconhecida no país, sendo uma das referências dentro da Reforma Sanitária Brasileira. Mas havia uma tendência e estímulo em todo o país para a implantação do PSF.

Capozzolo (2003), ao discutir o trabalho médico no PSF, diz estranhar a chegada do generalista em algumas cidades onde já havia uma rede de serviços de atenção constituídos e participação de médicos das grandes especialidades gerais. Reforça ainda a autora: *“nas discussões que eu acompanhava a respeito da reformulação da prática médica hegemônica a ênfase recaía na qualificação dos profissionais existentes na rede para ampliar a escuta e lidar com os aspectos relacionais da prática”*. (CAPOZZOLO, 2003)

Embora com o nosso objeto de trabalho na área de informação em saúde e epidemiologia, a relação com o modelo e com as possibilidades de utilização destas ferramentas, acabam justificando tais indagações e expectativas com o novo modelo que chega, afinal, isto ocorre durante o desenvolvimento deste trabalho. Seriam as propostas que discuto convergentes e possíveis de serem utilizadas neste modelo?

Com a mudança no governo municipal em 2001, surge a proposta de implantação do PSF, que vem repensar e tentar estruturar de forma diferente as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde, mas amenizando, de certa forma, a preocupação inicial, a respeito do rompimento total com o modelo vigente até então em Campinas e com projetos e práticas importantes que até então eram desenvolvidas. Campos (2001), propõe com o novo modelo, o “Programa Paidéia de Saúde da Família”, a possibilidade do trabalho de equipes ampliadas, com a participação dos profissionais que já tínhamos na rede, além da incorporação dos novos profissionais do PSF: os ACS e Médicos Generalistas. Somado a isso, traz a discussão de ampliação da visão do modelo do PSF tradicional, agregando outras características e diretrizes, que poderiam dar o diferencial a este novo modelo.

A criação de instrumentos (cadastramento de famílias), que possam facilitar a adscrição de clientela, a vinculação de famílias às equipes de referência do PSF (criadas a partir das equipes existentes nos centros de saúde), o acolhimento e a responsabilização, podem possibilitar a ampliação da capacidade de intervenção a partir dos serviços de saúde. A maior apropriação das áreas de abrangência pelas equipes dos centros de saúde, as divisões dos territórios em microáreas, podem permitir um conhecimento mais adequado e apropriado às práticas locais, indo na direção do melhor uso da informação em saúde neste nível de atenção. Enfim, eram propostas que estavam presentes nas discussões dos sanitaristas de “plantão” nos últimos anos.

Conciliar a ênfase que (vinha) vem sendo dada pelo MS ao PSF, como estratégia de implantação de uma rede básica em nosso país, a uma reestruturação no município, além somente da captação de recursos, parecia estar em boa hora. Não entraremos na discussão das pedras no caminho, dos problemas gerenciais que existiram em algumas situações ou de estratégias equivocadas em algum ou outro momento da implantação do projeto. O que cabe ressaltar, é que já tínhamos uma rede com qualidade reconhecida, e que com as novas propostas, poderá possibilitar que os trabalhadores possam desempenhar com mais criatividade o seu papel. Dias difíceis sim, mas com possibilidades de mudanças e ampliação de nossas práticas, que até então não têm sido tão impactantes como gostaríamos.

Buscando trazer ainda outras propostas presentes no modelo, na tentativa de ligarmos com a importância do uso da informação em saúde e da epidemiologia no nível local, uma diretriz importante trazida pelo “Paidéia”, diz respeito ao resgate da Clínica Ampliada, ou seja, conforme Campos (2001), *“tanto no diagnóstico como na terapêutica tomar elementos orgânicos (biológicos), subjetivos e sociais do processo saúde-doença. Isto implica em ampliar os meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica descentrando-a do uso quase exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de reconstrução da subjetividade. Tudo isto sem, no entanto, negar o espaço singular dos vários tipos de clínica. Sem, portanto, fundi-las todas em um tipo comum. A combinação destes elementos deverá ser variável conforme o problema em foco e a área de atenção envolvida”* (CAMPOS, 2001)

As discussões sobre núcleo e campo, apoio matricial especializado, que permitem qualificar as ações, trazidos à pauta pelo autor citado, não serão objetos de discussão neste momento, embora estejam presentes o tempo todo. Propõe ainda o autor, a utilização do “Método da Roda”, como um facilitador nas relações entre membros das equipes, equipes e usuários, distritos e equipes. Enfim, *“Um método para análise e co-gestão de coletivos”*. Busca-se com este método, fortalecer os sujeitos, a construção de espaços coletivos e novos modos de constituir e operar coletivos organizados.

Aliado a esta nova estruturação do modelo tecno-assistencial, surge a proposta da constituição dos NSC (a qual queremos destacar neste momento), um espaço fértil de discussão, com a responsabilidade de puxar e estimular as equipes locais para a ampliação das ações coletivas no nível local, apoio às equipes de referência, suporte na monitoração de situações de saúde e melhor uso da informação em saúde juntamente com o restante da equipe. Cabe ainda a este NSC, definir a implementação de projetos e ações de intervenção, juntamente com grupos, instituições e população em geral, além da possibilidade de explorar o uso da informação existente. Seria este NSC o espaço da formulação, e atualmente uma das “marcas” do projeto maior, que talvez, não esteja ainda exercendo a sua real capacidade de articulação e ação.

Quando propusemos a discussão neste trabalho sobre informação em saúde e a epidemiologia na intimidade local, imaginamos o NSC como um espaço ímpar para o desencadeamento e estímulo destas ações. Estamos propondo a utilização destas ferramentas, de forma mais próxima da equipe, ágil, que permita o conhecimento e atuação no espaço onde as pessoas vivem, mas que incorpore o subjetivismo, a valorização e o respeito às vontades em um mesmo modelo de atenção. Que busque em outras disciplinas (epidemiologia, estatística, educação em saúde e vigilância em saúde), o suporte para o desencadeamento de ações, aliado à busca constante da intersetorialidade.

Drumond Jr (2001), ao analisar alguns municípios brasileiros, a respeito do uso de alguns indicadores e da epidemiologia, observou que existem várias experiências importantes que atestam a evolução nesta linha, mas que existe um caminho a ser percorrido, pois ainda há restrição aos problemas tradicionalmente considerados pela saúde pública. Há necessidade segundo o autor, para *“a pesquisa voltada a produzir conhecimento, métodos e técnicas de abordagem de problemas e que esteja próxima às necessidades surgidas no cotidiano dos serviços de saúde”*. Finaliza o autor: *“experiências apontam para uma epidemiologia leve... que usa e abusa da epidemiologia descritiva, dos números absolutos, dos casos como sentinelas do coletivo, da inspiração e da criatividade, baseada na intervenção e no compromisso de sujeitos”*. (DRUMOND JR, 2001)

7.2-A PARTICIPAÇÃO DOS NÍVEIS CENTRAL E DISTRITAL NA CONSTRUÇÃO DOS NÚCLEOS DE SAÚDE COLETIVA LOCAL: ESPAÇO FÉRTIL PARA AS COISAS DA INFORMAÇÃO

Seria importante que fizéssemos a discussão a respeito da constituição e organização dos NSC nos centros de saúde, espaço potencializador na capacidade das equipes de saúde, para a identificação, discussão e auxílio na resolução de problemas individuais e coletivos da área de abrangência, complementares à assistência e que em grande parte das vezes, necessitam maior aproximação com outros setores além da saúde.

A respeito do papel dos NSC e sua participação neste modelo, algumas discussões e definições têm acontecido, embora a mudança e ampliação das práticas em saúde coletiva sejam responsabilidade de toda a equipe. Ou seja, a valorização da Clínica Ampliada, a detecção da fonte poluente, os bloqueios, as visitas às creches de sua área de abrangência, a definição de projetos de intervenção, entre outras atividades, fazem parte do cotidiano dos trabalhadores das unidades de saúde e como tal deverão continuar acontecendo. Segundo Campos (2001), caberá ao NSC *“outras ações que lhe serão próprias como a análise epidemiológica, a identificação de situações de risco, a articulação de ações e trabalhos intersetoriais, a divulgação das informações e o apoio ao planejamento, mas deve, principalmente, trabalhar de forma matricial, como apoio técnico e operacional às equipes de referência e a toda unidade, especialmente em ações sobre grupos, instituições, ambiente natural e de trabalho”*. (CAMPOS, 2001)

Trazer a ampliação das ações de saúde coletiva como uma das diretrizes deste modelo, além da intenção de reavaliar as práticas e constituir um espaço formulador, onde possamos juntar as informações que em geral andam dispersas, é um dos maiores avanços e colaborações que este modelo nos traz. Importante ainda, a possibilidade que temos em reduzir a discriminação a respeito do uso da epidemiologia demonstrando que seu uso é possível para nossas análises, permitindo incorporar e resgatar o subjetivismo e as vontades das pessoas, conforme descrito anteriormente.

Campos, (2001), ao analisar as práticas de da Saúde Pública tradicional, faz uma crítica importante, de que historicamente esta acaba valorizando mais a doença e o ambiente do que propriamente as pessoas (da mesma forma que a medicina sempre fez). As

epidemias, as situações de risco são enfrentadas como se não houvesse pessoas envolvidas. Segundo o autor, para alcançar seus objetivos, a Saúde Pública, usa técnicas de promoção (vigilância sanitária, educação em saúde, projetos intersetoriais) e de prevenção (vigilância epidemiológica, vacinação, etc), mas em geral atua sobre as pessoas e não com o envolvimento delas. *“Em consequência, os programas perdem eficácia ao tentar manipular e controlar o desejo, o interesse e os valores das pessoas, em função de necessidades definidas pela epidemiologia, ou pela lógica política ou administrativa”*. (CAMPOS, 2001)

Na linha destas colocações do autor, temos em nosso dia-a-dia inúmeras situações que podemos descrever. Temos as dificuldades no controle da dengue (onde várias vezes retornamos no domicílio e os criadouros lá estão); o lixo jogado no terreno ao lado da própria casa (onde ratos virão, trazendo o risco de outros agravos), ou na praça (reduzindo a possibilidade de lazer); ou ainda, os quase eternos grupos de diabéticos e hipertensos que não conseguem a autonomia para o controle da doença (quando direcionados somente no enfoque da doença). Avaliando estes exemplos citados, observamos que não têm sido efetivas as ações de (somente) recolhermos os criadouros, propormos o lixo reciclável, fazermos o grupo educativo. Nosso papel enquanto trabalhadores de saúde é fazermos a análise da situação junto com as pessoas que nos procuram, onde obviamente existem definições técnicas que são específicas em alguns momentos, mas torna-se necessário também entendermos, que existem outras possibilidades de intervenção ou de ações que podem ser desencadeadas, que muitas vezes desconhecemos, por serem mais “próximas e rotineiras” para o grupo que nos procura.

Seria interessante citarmos uma situação ocorrida, que bem ilustra a importância de escutarmos as demandas e os interesses das pessoas e fazermos juntos. Quando fomos ameaçados por uma epidemia de cólera (1991), um docente na época, desenvolvia um trabalho educativo junto a uma associação de moradores localizada próximo a um córrego que havia transbordado. Este docente propôs aos alunos que preparassem uma “aula” sobre cólera (sintomas, prevenção, o que fazer...) para apresentar naquela comunidade durante a reunião semanal. Foram todos para a reunião, salão lotado. Os alunos haviam preparado um belo material a respeito de cólera. Quando começaram a introduzir o assunto, levanta-se uma das pessoas da comunidade e diz: *“doutor, a gente não*

quer saber sobre isso daí, hoje. A gente quer saber sobre a tal de hepatite, porque tem três crianças aqui no bairro com a doença e a gente não sabe o que fazer". Os alunos olharam para o professor, como que pedindo ajuda. Não haviam preparado "esta outra aula". O professor acabou dando a "aula de hepatite".

Também importante dentro da construção do modelo em vigência, que façamos a discussão e esclarecimento a respeito do papel e responsabilidades dos níveis central e distrital em relação à constituição dos NSC do nível local. Qual a retaguarda necessária para a concretização e fortalecimento destes espaços? Como auxiliar nesta construção? Existe NSC central? E distrital? Ou o verdadeiro NSC é o local?

Estarmos hoje empenhados, junto com os outros trabalhadores da VISA e da equipe de apoio do DSNO na constituição dos NSC do nível local, tem sido um fator motivador, não só por estarmos envolvido na implantação do projeto, mas por entendermos que cada parte desta construção tem um pouco a ver com algumas coisas que já vínhamos discutindo e pensando há algum tempo (este trabalho é um exemplo disso). Mas as dificuldades são muitas, já que existem muitas respostas a serem dadas, e outras prioridades acabam fazendo parte da agenda das equipes de saúde distrital e local.

O NÍVEL CENTRAL E O NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA LOCAL

Desde a implantação do "Paidéia", a COVISA (atualmente Departamento de Saúde Coletiva) e as VISAS distritais, têm buscado discussões para a reorganização e redefinição de suas práticas, na perspectiva da constituição dos NSC. Parte dos técnicos da Vigilância Epidemiológica e Sanitária trazem preocupações, de que, ao projetar a perspectiva da ampliação das ações a partir dos NSC, outras atividades que sempre foram realizadas de forma adequada (vacinação, bloqueios, investigação de agravos...), possam ficar esquecidas ou com uma atuação mais displicente. É bem verdade, que manter na ordem do dia, respostas para estas situações é imprescindível, pois são ações que sempre tiveram compromisso e qualidade no seu desencadeamento e pelas quais as "vigilâncias" de nosso município sempre foram reconhecidas. Entendemos que experiências acumuladas, a articulação existente entre Epidemiológica, Sanitária e Ambiental (central e distrital), juntamente com os setores responsáveis pela disseminação da informação em saúde e TI

(CII no nível central e alguns técnicos de apoio distrital), devem ser suporte e retaguarda técnica necessária para o fortalecimento das práticas do NSC no nível local. Cabe lembrarmos aqui, a importância de acabarmos com a “avenida” que ainda separa estes setores em alguns momentos.

A respeito dessas referências citadas (localizadas no nível central), deveríamos aproveitar o *know-how* que as nossas vigilâncias trazem a respeito do uso e acompanhamento de seus bancos de dados de doenças de notificação compulsória, da identificação de agravos com desencadeamento de ações imediatas ou do rico processo de territorialização em andamento e disponibilização de informações a partir da CII. São processos riquíssimos e reconhecidos em nosso país, que podem permitir a ampliação do cardápio das ações a serem desenvolvidas pelos NSC e conseqüentemente pelas equipes de referência.

Nesta linha que estamos abordando, em relação ao papel do nível central para a constituição dos NSC, a CII tem tido papel técnico fundamental no suporte de TI e disseminação da informação para todos os níveis. Tem sido riquíssima a discussão desencadeada a respeito da territorialização e disponibilização de mapas para a redefinição de microáreas, o cadastramento de famílias, enfim, todas as ferramentas que permitirão o georreferenciamento e sua aplicação a partir dos serviços. Tem sido de responsabilidade desta coordenadoria o desenvolvimento dos sistemas de informação e a retaguarda para quase todos os SIS que utilizamos no município.

Também o Departamento de Saúde Coletiva tem buscado iniciativas para discutir qual o melhor movimento para a constituição dos NCS nos vários níveis, tendo chamado uma oficina no início do ano de 2003, onde além de discutir as atribuições e organização interna daquela (“até então”) coordenadoria, avaliava que as unidades básicas e os distritos haviam conseguido alguns avanços e novos caminhos para a ampliação das ações de saúde coletiva, mas pondera o texto, *“há, porém um sentimento que estes movimentos fazem surgir novas e diferentes demandas ao nível central, e que este ainda não encontrou a melhor maneira de operar com elas... (a este), cabe cada vez menos a execução de tarefas fins, a não ser de forma complementar às unidades e distritos, e cada vez mais, um papel de petição e compromisso, de modulador e moderador das várias*

políticas e participação das suas formulações, estimulando que estas tenham construção coletiva”. (SMS, 2003 d)

Ainda sobre a importância da constituição dos NSC e a busca da definição de seu papel dentro dos nossos serviços, ultimamente até mesmo as publicações da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que abordam os Sistema de Vigilância Epidemiológica tradicional existente, têm apontado para uma maior flexibilização e agilidade a respeito da informação e sistema de informação. Um informe epidemiológico do SUS do ano de 2000, diz: *“além dos objetivos da Vigilância Epidemiológica (estimar a magnitude do problema, compreender a história natural da doença, detectar oportunamente surtos, registrar a distribuição e disseminação, testar hipóteses), os dados gerados podem contribuir para outros fins... Dessa maneira, dados oriundos de diversas fontes, (censos, unidades de saúde, estações e monitoramento, inquéritos epidemiológicos, dentre outros) podem colaborar para melhor definir áreas que compartilham algumas características e que determinariam uma maior vulnerabilidade... locais de intervenção”*. (BRASIL, 2000)

Ao longo deste período de discussões e implantação do modelo, alguns documentos foram trazidos para estimular a discussão, apontando a busca cada vez maior da co-gestão para a resolução de problemas nos locais onde estes ocorrem, além de debates sobre temas ofertados para a saúde coletiva, e de oficinas onde discutiram-se as atribuições e as diretrizes para a Saúde Coletiva no modelo “Paidéia”.

Cabe buscarmos ainda para o suporte na organização e fortalecimento dos NSC, as retaguardas técnicas e informações que estão em outros setores da saúde no nível central, e mesmo em outras secretarias, já que entre as características e responsabilidades do NSC, trazidos pelo modelo em vigência, a intersetorialidade deve se fazer presente.

A partir destas definições e da estruturação que temos nos serviços, o grande papel do nível central em relação ao NSC, é contribuir com a discussão do modelo, buscar a integração dos vários setores e práticas existentes que estão espalhadas pela SMS, suprir com retaguarda técnica necessária e TI os distritos, os quais devem deixar de ser repassadores da política de informação para tornarem-se formuladores de tais políticas juntamente com os espaços locais.

O DISTRITO DE SAÚDE E O NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA LOCAL

Estabelecer o papel do distrito (VISA e equipe de apoio) como retaguarda imediata, com possibilidade técnica de dar respostas no mais curto espaço de tempo, poderá ser o grande propulsor para a consolidação dos espaços do NSC local. Para isso, a instrumentalização e a ampliação da capacidade de formulação, dependerá também da postura e compromissos estabelecidos entre nível central e distritos, citada anteriormente. Estes elementos poderão ser facilitadores para o maior envolvimento, reconhecimento e impacto das relações estabelecidas entre distrito nível local. A aproximação e discussão entre estes níveis (central e distrital), bem como a garantia de retaguarda técnica (equipamentos, operacional e cognitiva), potencializa a discussão e a execução dos projetos a serem desenvolvidos.

A respeito do papel dos distritos de saúde em sua relação ao uso da informação em saúde e epidemiologia pelas unidades, (e atualmente pelo NSC), cabe citarmos que não tem feito parte da rotina da agenda das equipes distritais, desde que ocorreu a descentralização (criação dos distritos de saúde), a discussão e formulação a respeito do melhor uso da informação em saúde pelo nível local. Exceto a VISA dos distritos, que através do trabalho dentro de suas especificidades (agravos de notificação compulsória), faz a interlocução com os centros de saúde, a respeito das notificações ocorridas, volume de notificações, qualidade dos dados informados, capacitações, e mesmo no seu Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica (TBVE), o restante pouco tem sido feito. Sempre ficou visível a concentração das informações no nível central, embora tenhamos tido avanços importantes já citados. Os distritos sempre receberam relatórios, dados e informações, mas a pouca análise existente, sempre ficou de fato para um grupo de poucos apoiadores distritais, limitados a dados de produção, mortalidade e nascidos vivos, em geral analisados de forma genérica, não sendo estabelecida a relação oferta e demanda ou definição de metas a respeito da utilização destas informações.

Trabalhando diretamente com o uso da informação em saúde no DSNO, nestes últimos dois anos, seria importante trazermos para reflexão, algumas possibilidades para o uso da informação em saúde e da epidemiologia que ajudasse a romper com algumas dificuldades que temos para sensibilizarmos nossas equipes para o trabalho com dados e informação em saúde. Importante termos clareza que é importante para uma gestão e

atuação local mais impactantes, o conhecimento, uso e domínio a respeito das informações disponíveis, que ajudarão na definição de prioridades para desencadeamento de ações e intervenção. Estas definições do que e como fazer, vão desde a formação de um grupo até a opção pela implantação de nova equipe do PSF, ou necessidade de equipamentos e estrutura para determinada equipe que começa a lidar com situações até então “escondidas”.

Temos tido a oportunidade de estarmos mais próximos da discussão e implantação dos NSC em algumas unidades da SMS, bem como de darmos algumas aulas no Curso de Capacitação do Programa Paidéia de Saúde da Família, a respeito deste tema. Observamos que tem existido um movimento diferente por parte de algumas equipes de saúde em relação às informações que circulam em sua área. Os projetos de intervenção (individuais ou coletivos) têm sido desencadeados a partir de situações detectadas pelos profissionais de saúde, pelos usuários, ou por qualquer situação que tenha relação com a saúde das pessoas. Existem equipes de referência que estão trabalhando com o lixo, outra que tem a preocupação com a creche, com o idoso abandonado ou com a manipulação de alimentos na sua área de referência. ACS identificam casos que chocam e trazem situações relevantes. Desta forma as equipes começam a definir temas prioritários, ficam mais livres para criar, a gratificação é maior e a produção tem mais qualidade.

Campos (1992), já considerava como indispensável para a mudança de modelo tecno-assistencial, a conformação de uma equipe de apoio, que na época chamou de “equipe de Saúde Pública”. Entendemos que isto seria o embrião do que dez anos depois, o próprio autor viria a chamar de NSC. A respeito da composição da equipe, esta poderia variar dependendo dos recursos, grau de descentralização, das prioridades em saúde coletiva de cada região, bem como dos profissionais com formação mais adequada para este tipo de atuação. Para o autor, *“o sistema local deve assumir, progressivamente a responsabilidade pela implantação de grande parte das ações de impacto coletivo, sem o que nunca se atingiria a integração sanitária”*. Mais adiante diz: *“as atribuições específicas desta área seriam a de realizar de forma sistemática e planejada a vigilância epidemiológica e sanitária, contribuir para o processo de planejamento procedendo a elaboração de diagnósticos de morbidade e mortalidade, avaliação da eficácia dos serviços e dos graus de risco dos vários grupamentos populacionais... dar apoio a todos*

que trabalhem o tema da formação de uma nova consciência sanitária entre os trabalhadores de saúde e a população". (CAMPOS, 1992)

Algumas situações decorrentes deste olhar mais amplo, temos presenciado nas reuniões dos NSC nos centro de saúde. Aparecem discussões sobre os mais variados temas. Discute-se da produção de consultas e conformação das equipes (SIGAB e cadastro PSF) até a busca de instrumentos rápidos para analisar a demanda. Das notificações de dengue até a avaliação da situação sanitária da creche. Da discussão do óbito na área de referência até uma falha em determinado atendimento. Isto traduz as características mais amplas que este novo espaço permite. Logo a composição deste grupo de trabalho (NSC), deve ser de profissionais de várias áreas e equipes de referência, enriquecido com os mais diversos olhares, contando com a presença de técnicos do distrito, quando necessário, e de profissionais de outras secretarias quando da necessidade de ação intersetorial, o que possibilitará ações com condições de impacto e sucesso maior.

Dadas estas colocações, com certeza, a vivência e contato com as unidades de saúde, permitem-nos uma avaliação de que o verdadeiro NSC que passa a existir a partir de então, é o do nível local. Neste espaço de atuação, ao mesmo tempo consegue-se a apropriação das situações ocorridas no território, e logo em seguida procura-se desencadear ações (obviamente sempre dentro do possível e dos recursos disponíveis). Acreditamos que a saúde coletiva é efetiva e presente, quando conseguimos ligar a informação em saúde existente, com práticas que permitam uma vigilância em saúde adequada e que culmine com o desencadeamento de ações e assistência a esta situação detectada.

Entender então como papel dos NSC do nível local, a utilização, apropriação e uso da informação (além das tradicionais práticas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária), e a partir da epidemiologia buscar a instrumentalização das equipes de referência é um salto de qualidade e a grande possibilidade de reduzirmos a fragmentação existente entre quem mexe com os dados e quem irá desencadear a ação. Cabe ao NSC discutir e sistematizar os indicadores e as informações no nível local, matriciando as equipes de referência, tendo o cuidado de não se tornar um espaço único ou descolado do resto, afinal o desencadeamento de ações é responsabilidade de toda a equipe, e cada membro do NSC participará dentro de sua equipe de referência das ações necessárias.

Para finalizarmos este tópico, cabe avaliarmos que é bem verdade que ainda não conseguimos atingir a clareza e definição de papéis, entre os diversos níveis, para o melhor suporte à constituição dos NSC do nível local, mas temos participado de iniciativas que apontam nesta direção. Na nossa prática, acreditamos que se investirmos no manejo da informação em saúde e da epidemiologia no nível local, se buscarmos espaços para a discussão de novas experiências que possam ser facilitadoras das ações em saúde, poderemos ter dado passos importantes para a maior sensibilização e inserção destas ferramentas no processo de trabalho. Apontaremos algumas experiências e possibilidades no capítulo seguinte.



***CAPÍTULO VIII-O USO DA INFORMAÇÃO
EM SAÚDE E DA EPIDEMIOLOGIA NO
NÍVEL LOCAL:A RIQUEZA DO TRABALHO
NA ÁREA E NA MICROÁREA***

Tentamos resgatar nos capítulos anteriores os conceitos e as características mais marcantes a respeito do que tem se falado sobre informação em saúde e epidemiologia. Em nosso país. Foram descritos os SIS que são usados em nosso município e como tem se dado a relação entre os diferentes níveis da SMS de Campinas. Seria este o momento então, de fazermos a discussão a respeito de outras possibilidades de utilização destas ferramentas (informação em saúde e epidemiologia), para que possam estar mais próximas das práticas locais (centros de saúde e equipes do PSF) e que possibilitem acompanhar, monitorar e auxiliar o desencadeamento das ações em saúde, e que não sejam utilizadas somente para realizarmos os diagnósticos de outrora.

Tem sido rotina há muitos anos, na maioria dos centros de saúde em Campinas, o trabalho com os sistemas de informação base epidemiológica (SIM, SINASC, SINAN), já citados em capítulos anteriores. Mas muitas vezes, a partir de necessidades detectadas, acabamos por criar outros instrumentos auxiliares ou paralelos, que acreditamos, poderiam potencializar e auxiliar nossas ações. Com certeza, experiências diversas estão hoje espalhadas pela rede de saúde do município.

Quem tem maior proximidade ou facilidade para o manejo e uso das informações em saúde, observa a proliferação de instrumentos, aplicativos e sistemas criados (informalmente), que buscam facilitar (aproximar) a utilização das informações existentes. Isto é um balizador que demonstra as inadequações dos instrumentos existentes para as respostas que determinados níveis de atenção necessitam. Temos de ficar atentos com esta situação encontrada, pois se a crítica que temos é do não uso do que já dispomos, e que ainda os vários instrumentos não conversam entre si, poderemos estar “inchando” ainda mais nosso arsenal. Neste mesmo sentido, é importante a valorização da informação que dispomos, pois às vezes a busca por grande quantidade de dados leva-nos a crer que teremos tudo para conhecermos determinados problemas, o que não é verdade. Além de não ser incomum coletarmos dados que se acumulam e que nunca serão utilizados, queixa comum de muitos gestores locais.

A intenção que temos neste momento seria demonstrarmos possibilidades para o uso da informação em saúde e epidemiologia a partir de experiências que tivemos a oportunidade de vivenciar na prática, enquanto gestor local ou em atuação mais recente como referência no distrito de saúde para a área de informação.

Estamos propondo neste momento três linhas de possibilidades para a utilização das informações em saúde no nível local. A primeira seria àquela das informações e indicadores tradicionais utilizados a partir dos sistemas de informação de base epidemiológica, que servem em geral para diagnósticos da situação de saúde e para diagnósticos da gestão em espaços maiores (país, estado, municípios e distritos). Normalmente estão disponíveis com uma agregação espacial que contempla os municípios e em muitos destes vão até a área de abrangência das unidades básicas de saúde. Pensando em nosso espaço de atuação, estas informações podem e devem ser usadas para a leitura e comparação entre municípios e distritos de saúde. Quando as utilizamos para análises de espaços menores (área do centro de saúde, por exemplo), surgem os limites para uma melhor leitura desta realidade, onde em geral, as médias e indicadores calculados, escondem situações locais importantes; uma segunda possibilidade para o uso das informações no nível local surge a partir de uma readequação das informações e indicadores tradicionais conhecidos, “números maiores”, trazidos pelo recorte a partir de um olhar mais local, que permite a personalização e inclusão de informações até então inexistentes nos sistemas “formais”. Com isso nossa atuação e acompanhamento de casos e situações tornam-se mais próximas do cotidiano, com possibilidade inclusive de exercitarmos a criação de pequenos “bancos de dados mais caseiros”. Portanto, cabe aos níveis distrital e local a discussão, readequação e recorte até os espaços menores, das informações e instrumentos disponibilizados que serão estabelecidos à partir das diferentes necessidades dos serviços. Como temos em geral um número reduzido de casos, é permitido um trabalho quase artesanal, com instrumentos simples e rápidos, enquanto discutimos quais são as TI mais adequadas a este tipo de análise com o microdado. Propomos pensar ainda uma terceira linha ou possibilidade para o trabalho com as informações disponíveis (ou que estão sempre chegando) no nível local, que seria a partir das situações relevantes do cotidiano, do caso ocorrido, da situação que choca ou decorrente da escuta qualificada. Para estas situações fórmulas em geral não existem, mas é necessário que busquemos alguma maneira de sistematizá-las, caso contrário acabam perdendo-se no meio da demanda e da rotina do processo de trabalho. Para estas situações, cada espaço local, cada NSC deve buscar a formulação da melhor maneira para acompanhamento e monitoração.

A proposta de trabalharmos com informações e indicadores mais próximos (“caseiros”), a partir dos dois últimos grupos de possibilidades citados, permite que os serviços fujam da rigidez do instrumental existente, onde em grande parte das vezes as informações e dados coletados não contemplam as necessidades do serviço. Embora acreditando que as TI, enriquecem e são facilitadoras para a integração e manuseio da quantidade cada vez maior de dados, o que propomos neste momento, é a reflexão a respeito da qualidade das informações que utilizamos e da maior valorização pelas equipes de saúde em relação às informações disponíveis.

Buscar este tipo de discussão tem sido importante, já que cada vez mais nosso trabalho cotidiano é movido e desencadeado por informações que nos chegam. Projetos têm de ser desencadeados pois situações relevantes são detectadas pelas equipes de saúde, hoje mais próximas do espaço de atuação, exigência para a qualificação e consolidação do modelo proposto nacionalmente. Por exemplo, o caso de óbito de uma criança menor de 1 ano na região, antes escondido dentro de um “bom” Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 10 por 1.000 nascidos vivos na região, torna-se um óbito com endereço localizado, de responsabilidade de uma das equipes de referência do PSF e que merece ser investigado a respeito de inúmeras variáveis definidas pelo grupo, muitas destas não incluídas nos registros e instrumentos oficiais.

Apontando no sentido da valorização da informação mais próxima dos espaços locais de atuação, a SMS, tem trazido para a discussão desde julho de 2003, os “antiprotocolos”. São instrumentos que foram elaborados conjuntamente por diversas categorias profissionais, para o acompanhamento das situações do cotidiano. O “antiprotocolo”, não tem a intenção de definir e orientar condutas (como os protocolos tradicionais), mas de ser um instrumental de ajuda às equipes, na escolha de ações para as situações que aparecem. Além de descrever vários agravos (diabetes, hipertensão, câncer, tabagismo entre outros), sugere possibilidades de enfrentamento destas situações, propondo a construção de alguns indicadores pelas equipes de saúde, onde pressupõe utilização das informações existentes ou que são conhecidas no dia-a-dia. Diz o texto distribuído pela Secretaria Municipal de Saúde: *“O antiprotocolo não tem a pretensão de ser implantado, mas de oferecer uma lógica cíclica de decisão coletiva sobre que recursos utilizar e de que forma utilizar. Assim, a equipe constrói coletivamente um projeto de trabalho, que*

contempla desde a tomada de decisões, o envolvimento dos diversos membros da equipe na invenção de uma nova clínica até a avaliação do impacto das ações, seguida de nova avaliação de impacto, decisão, avaliação...” (SMS, 2003 b)

Temos observado durante o desenvolvimento deste trabalho, avanços importantes que apontam para a valorização e uso das informações de forma mais próxima dos espaços locais. A implantação do PSF tem mostrado esta valorização, embora algumas dificuldades instrumentais (conforme já citado), onde um número excessivo de dados e informações acaba sendo repassado para outros níveis com um valor de uso baixo.

A possibilidade de trabalharmos numa área de abrangência delimitada de um centro de saúde, ou melhor ainda, de trabalharmos dentro da área de uma equipe de referência do PSF, e de forma mais próxima, dentro de uma microárea, permitirá um trabalho com maior conhecimento e respostas mais adequadas àquela realidade local. Teremos então de usar para isso ferramentas compatíveis com este espaço de atuação, tendo ainda a clareza, de entendermos esta área, este território de atuação, não como um espaço geográfico, que nos permite recortes, mas sim onde moram pessoas, com características, gostos e individualidades que precisam ser respeitadas.

Para Donalísio (1993), *“as instâncias de gestão local sentem falta de registros mais consistentes e que reflitam a situação de áreas mais restritas da cidade (bairros, distritos), daí a necessidade de desagregar informações e particularizar os diagnósticos de acordo com a realidade local. O atendimento à saúde individual e coletiva em uma área, muitas vezes, deve ser individualizado e guardar especificidades. Por outro lado, não se justifica o encaminhamento de planilhas detalhadas para os níveis regional e estadual”*. (DONALÍSIO, 1993)

Em absoluto, defendemos a duplicação de sistemas ou a multiplicação de planilhas e livros de registros (já que temos uma quantia já razoável de instrumentos), mas precisamos ter indicadores mais próximos, e instrumentos “na mão” para monitorarmos uma situação definida, personalizada, e que muitas vezes necessita atendimento diferenciado, porque não dizer *vip*. Se não tivermos estas situações monitoradas e bem definidas, destacadas devido ao risco maior existente, talvez a clínica e outros saberes não

possam dar as respostas em tempo adequado, já que faz parte do papel das equipes de saúde, definirem prioridades e momentos de intervenção.

Campos (2002), em texto sobre a clínica nas equipes de saúde da família, o qual citaríamos como um dos textos mais próximos a esta realidade vivenciada pelos serviços de saúde, diz que nós trabalhadores e técnicos de saúde temos de *“separar entre os milhares de pacientes, aqueles pelos quais a equipe terá cuidado especial. Fazer clínica é avaliar riscos e, em função disto intervir com recursos terapêuticos específicos, conforme o caso e sua fase: remédio, educação em saúde, visita domiciliar... Um serviço de atenção primária que atende a todo mundo que o demanda e que não consegue distinguir entre os pacientes, não faz clínica de qualidade”*. (CAMPOS, 2002)

Temos em nossos serviços informações sobre como e onde nascem as crianças moradoras em nossa área de responsabilidade ou ainda a respeito de como morrem as pessoas que lá moram. São poucas as informações a respeito de como vivem, ou mesmo, como evoluíram aquelas que estão sob nossos cuidados ou para as quais foi desencadeado ou priorizado algum projeto terapêutico específico. Há melhora na sua qualidade de vida a partir de ações desencadeadas? Nossas ações têm sido eficazes? Temos poucos indicadores ou informações para acompanhar a vida. Seria muita pretensão dos trabalhadores de Saúde Pública? Talvez não. Trazermos uma epidemiologia mais próxima dos serviços, que seja ágil para o auxílio nestas situações, seria o “pulo do gato” neste momento.

Apontamos no início deste capítulo três possibilidades para a utilização das informações no nível local. A primeira decorrente dos sistemas de base epidemiológica, que permitem uma abrangência espacial por distritos e até por centros de saúde. A segunda possibilidade seria a dos recortes e adequação destes sistemas, pinçando informações que interessam para a nossa realidade local (um momento rico e que permite fazermos um *zoom* destas informações para o nosso espaço real de análise e intervenção), além da criação de instrumentos com informações inexistentes nos sistemas formais. A terceira possibilidade seria a partir de situações relevantes do cotidiano, de casos que chocam ou eventos que não deveriam ocorrer. São aquelas situações que têm relação direta com a sensibilidade da equipe, não têm fórmulas, independem de TI para o seu seguimento, mas necessitam de alguma sistematização. Esta duas últimas possibilidades de uso de informação, denominamos neste texto de “indicadores e informações caseiras”, são as informações que

devem se tornar “mais quentes” e dizem respeito àquelas da intimidade da área e da microárea.

Com a intenção de discutirmos algumas possibilidades do uso da informação em saúde e da epidemiologia no nível local, serão citadas algumas experiências que tivemos a possibilidade de desenvolver. Com certeza, existem outros espaços e serviços locais onde experiências têm sido desenvolvidas, mas fazer a descrição, que permita a análise e novas interpretações foi o que buscamos quando nos dispomos a dissertar sobre este tema.

INFORMAÇÕES E INDICADORES TRADICIONAIS UTILIZADOS A PARTIR DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE BASE EPIDEMIOLÓGICA

São muitos os sistemas oficiais e as informações disponíveis para o nível local, os quais foram comentados durante a descrição que fizemos no capítulo quatro. Seria importante comentarmos, que por serem a base das informações que dispomos, circulam pelos vários níveis do sistema de saúde desde o nível nacional até os centros de saúde (como no exemplo de Campinas). Estas informações permitem que a situação de saúde do município seja conhecida nacionalmente, possibilitando a comparação destes indicadores entre municípios, distritos e até (em alguns momentos) entre os centros de saúde. Mas o uso que entendemos mais adequado destes indicadores mais abrangentes ditos tradicionais seria para os espaços maiores da gestão.

Vários exemplos a respeito do uso destas informações (através de indicadores ou números absolutos), permitem análises mesmo no espaço local dos centros de saúde, embora pela quantidade de eventos ocorridos, o uso mais adequado neste espaço deva ser a partir do número de casos ocorridos (número absoluto). É possível também, realizarmos recortes temáticos a partir de agregados menores, como por exemplo das áreas de abrangência dos serviços, enriquecido atualmente pelas informações disponibilizadas pelo censo do IBGE, o que tem permitido ampliar a possibilidade de interpretação.

Embora situações referentes ao uso destas informações e indicadores já tenham sido citadas, gostaríamos de ilustrar com um exemplo, como o uso destas informações, que mesmo com números absolutos, permite outras análises e desencadeamento de ações ou

explicações. A partir dos relatórios de Nascidos Vivos (SMS, 2003 c), observamos que em 1994 o número de nascidos vivos na área do Centro de Saúde Integração, era de 500 crianças. Foi ocorrendo uma queda importante nos anos seguintes, chegando ao ano de 2002 com o total ao ano de 290 nascidos vivos. Uma redução de 42%. O que levou a esta redução? Foram ações desencadeadas pelo serviço? Esta redução da natalidade tem relação com alguma modificação da pirâmide populacional da região ou com alguma outra característica importante? No resto do município, ou da região esta queda ocorreu? Enfim, este exemplo mostra que mesmo as informações a partir de “números maiores” permitem o desencadeamento de ações. Precisamos é aproximarmo-nos para valorizá-las e experimentar esta análise.

Obviamente vários exemplos aparecem a respeito da utilização destes indicadores maiores em outras situações que não no espaço local. Boletins e informes epidemiológicos municipais em geral contemplam e utilizam estas informações, comparam indicadores entre unidades de saúde, mesmo que estas tenham perfis diferentes, trazem análises sobre situações de saúde entre regiões, enfim, são utilizados como instrumentos da gestão maior. Entendemos que o mais importante, e que temos de ficar atentos, diz respeito às análises que devem ser feitas à partir destas informações e indicadores, pois como já comentamos anteriormente, podem esconder realidades locais importantes.

AS INFORMAÇÕES E OS INDICADORES “CASEIROS”

O que temos observado na nossa prática é que a utilização das informações já disponíveis no espaço local, quando incorporam o olhar e as práticas desenvolvidas pelos serviços, aproximam mais da “vida real”, permitindo análises que vão desde a avaliação do que e como estamos fazendo, bem como do impacto que as nossas ações têm alcançado. Para esta maior aproximação, podemos fazer alguns recortes das informações que dispomos ou até agregar outras que necessitamos conhecer. Para um melhor entendimento destas informações e indicadores mais “caseiros” estamos propondo uma subdivisão em dois grupos.

A RELEITURA DA INFORMAÇÃO A PARTIR DOS INDICADORES TRADICIONAIS E A CRIAÇÃO DE BANCOS NOVOS COM INFORMAÇÕES ATÉ ENTÃO INEXISTENTES NOS SISTEMAS FORMAIS

Neste grupo temos o recorte e readequação das informações e indicadores tradicionais para os espaços menores de atuação, permitindo melhor utilização do microdado, além do acréscimo de informações mais detalhadas sobre os casos escolhidos, até então não disponíveis. Isto possibilita ainda, caso exista interesse, a criação de pequenos bancos de dados e planilhas com as informações inexistentes nos sistemas “formais”.

Este tipo de análise (“desagregação dos casos”) permite melhor leitura, onde o caso que ocorreu passa a ser conhecido de forma mais concreta. O *zoom* realizado permite trazer para mais perto do nível de atuação da equipe, algumas situações que estavam diluídas dentro de um “mundo” de dados maior. Este tipo de interpretação facilita e permite o desencadeamento de intervenções com possibilidade de maior impacto e resolutividade, pois quando “pinçado” o caso a partir do grupo maior (indicadores e informações tradicionais), passamos a conhecer outros determinantes da situação onde este está envolvido. Se na área onde está localizado, situações semelhantes já ocorreram, se a pessoa ou família já procurou o serviço em outro momento... ou mesmo antes desta situação piorar. Com esta nova distribuição e “desagregação” de informações na área (e microárea), é possível detalharmos outras variáveis a respeito do grupo que nos preocupa. Isto pode e deve ocorrer a partir dos grandes sistemas de base populacional que temos acesso, e que muito falamos em momentos anteriores. Partimos das informações que constam no banco de dados completo e a partir deste reconstruímos o nosso “banco menor”, escolhendo os grupos ou casos que nos interessam, preocupam ou que queremos impactar.

Nesta linha da releitura de algumas informações e indicadores tradicionais, cabe citarmos o SIM que recebemos em nossas unidades há alguns anos. É possível distribuímos a ocorrência de óbitos por áreas de abrangência das unidades por bairros (e atualmente por área das equipes de referência do PSF e até por microárea), conforme o interesse e o momento pelo qual passa a organização do serviço de saúde. O menor nível de agregação espacial permitido hoje no município de Campinas (com disponibilização pelo TabNet), tem sido até a área do centro de saúde. Mas existe a possibilidade com uso de alguns aplicativos, chegarmos a recortes menores, talvez até num curto espaço de tempo, o

que tem sido preocupação da CII da SMS. Algumas experiências mais pontuais, como a que desenvolvemos no Centro de Saúde Integração, (embora um pouco mais trabalhosa, pois refizemos a digitação em Epi-Info¹) permitiram, por exemplo, a distribuição dos óbitos ocorridos nos últimos seis anos por bairro, equipe de referência do PSF, microárea e até por rua de moradia. Iniciativas que muitas vezes poderiam ser facilitadas, se na hora da montagem dos SIS utilizássemos recursos compatíveis com os níveis “menores” do sistema de saúde, ou que permitissem o acréscimo de algumas variáveis que interessam a estes locais. Limites de uso que ocorrem, por exemplo, com o HIPERDIA, SISPRENATAL... onde não conseguimos sequer a distribuição dos casos por equipes de referência do PSF.

Neste momento, usando as informações que temos a partir dos SIS de base epidemiológica citados, é possível, mesmo trabalhando artesanalmente, quando queremos destacar alguns casos, ou com o auxílio do Epi-Info e TabWin, quando queremos trabalhar com uma série histórica maior, fazermos esta distribuição e desagregação dos casos para áreas menores. Este seria um bom exemplo para discutirmos até onde vai o papel dos distritos em relação ao uso da informação em saúde e da epidemiologia na sua relação com as equipes locais. Tomando esta situação como exemplo, a disponibilização da desagregação inicial poderia ser realizada pelo distrito, cabendo às unidades o maior detalhamento, a partir de visitas domiciliares, complementando e buscando outras informações que julgarem necessárias e que estão mais próximas de sua atuação, para a construção de instrumento local mais apropriado, conforme planilha demonstrada. (ANEXO VI)

Quando falamos que o Coeficiente de Mortalidade Infantil no ano de 2002, na área do Centro de Saúde Integração foi de 7 por 1.000 nascidos vivos, temos uma interpretação distante da realidade local. Este tipo de informação fala-nos pouco. Mas se dizemos que morreram 3 crianças na área do centro de saúde, sendo que todas elas são moradoras na área da equipe azul, e ainda, que na área da equipe vermelha ou amarela nenhuma criança morreu, esta análise e sua interpretação tornam-se diferentes. Mais ainda se das 3 crianças que foram a óbito, 2 destas crianças estão na microárea próxima ao córrego (uma das quatro microáreas da equipe azul). Conseguimos aproximar mais nossa

¹ Epi Info é um programa de microcomputador para manusear dados epidemiológicos. (processamento de texto, banco de dados e estatística). São fornecidos para usos pela comunidade de saúde pública.

análise. Este *zoom* na informação disponível permite-nos entender de forma mais profunda, o que realmente ocorreu em relação a estes óbitos. Eram mortes evitáveis? As crianças estavam vinculadas à equipe de referência? Onde foi realizado o pré-natal? Por que todos nesta área? As respostas para estas perguntas podem suscitar dúvidas, certezas e discussões nas equipes. Já investimos em projetos nesta área azul? Desde a implantação do projeto ocorreu alguma mudança? Ou são causas que independem de nossa atuação. Bela discussão!

Além das informações que constavam na DO, sobre a idade da mãe, número de filhos, causa básica do óbito, etc, quando alguém da equipe de referência realizar a visita domiciliar, possivelmente conhecerá outras variáveis “mais quentes”. Existe ainda a possibilidade de comparações com anos anteriores e se existiram mudanças significativas. Caso esta situação seja definida como um problema na opinião da equipe e daquela população ou se é tido como prioridade, poderão ser construídos indicadores e definidas metas para o acompanhamento das gestantes da área ou para o seguimento mais próximo de todos os recém nascidos da área da equipe azul. Cabe então, o uso da criatividade e métodos mais adequados ao perfil da população moradora naquele local. Quando os ACS estiverem no seu trabalho de campo, com certeza já terão outro olhar, pois possuem a informação da intimidade local, ou seja, já estarão mais “ligados” com as situações que podem surgir na região. Estarão de olho no monitor, que em caso de situação de alerta deve informar imediatamente, isto permite outros olhares em relação ao serviço e suas responsabilidades, além de permitir a criatividade das equipes, pois nem sempre todas as equipes terão os mesmos problemas e prioridades a enfrentar.

Como já citado neste trabalho, as unidades recebem as suas DO, podendo então organizar o seu arquivo (muitas já têm feito isso), de forma que permita uma distribuição espacial (áreas das equipes de referência e microáreas dos ACS), que em muito ajudarão nas ações a serem desencadeadas, mesmo que a informatização ainda não tenha chegado a este nível de atenção. É importante que os serviços locais consigam a partir destas informações, caracterizar o perfil de mortalidade ou as mudanças que possam estar ocorrendo em sua região de atuação, pois são informações já existentes e que podem dar o rumo para a organização e oferta de serviços.

A respeito da abrangência espacial das informações (não só diretamente relacionadas à saúde), cabe relatar que desde julho de 2003, a CII tem feito a discussão e a disponibilização para os distritos e centros de saúde de mapas temáticos (a partir do MapInfo²), com distribuição por áreas de abrangência dos centros de saúde, a partir dos dados do censo 2000. Com a discussão desencadeada no ano de 2003 para a definição das microáreas pelas unidades, há necessidade da finalização desta demarcação com retorno destes novos limites àquela coordenadoria para que tenhamos o município “mapeado” buscando a ligação com o cadastramento domiciliar, ferramentas importantes e auxiliares às práticas de saúde.

Do mesmo tipo da planilha citada acima, complementar para o aprofundamento da investigação de mortalidade infantil, estamos propondo a utilização de um instrumento pelas nossas unidades, para identificarmos e conhecermos com mais detalhamento os natimortos da região. Acrescenta-se então algumas variáveis na investigação que queremos conhecer, e busca-se na visita domiciliar, outras informações que necessitamos como por exemplo, dados sobre o pré-natal, local de atendimento, situação de filhos anteriores, e desencadeia-se a investigação sentinela casos seja necessário. Quando trazemos a proposta de uma “outra” planilha, temos clareza que estamos falando do trabalho para a busca de informações de “meia dúzia” de casos, com um retorno significativo em relação ao trabalho que temos de conhecer e desenvolver nestes espaços menores.

Ainda a respeito da utilização do SIM, inúmeras outras possibilidades de utilizá-lo de forma mais próxima existem. No ano de 1996, por exemplo, fomos investigar 24 pessoas que haviam morrido no domicílio (14,3%) do total de 167 óbitos da área do centro de saúde para aquele ano. Fomos visitar os familiares para sabermos um pouco mais a respeito do motivo do óbito em casa. Já sabíamos previamente do perfil destas pessoas, a partir das DO, de que eram idosos com idade mais avançada e com causa básica referente ao aparelho cardiovascular, 13 casos (54,1%). Queríamos saber na época se era opção da família o óbito em casa junto a seus cuidadores, se haviam procurado atendimento, se haviam chamado o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), se este havia chegado quando acionado e ainda se as pessoas que haviam morrido eram usuárias do centro de saúde. Além de conhecermos um pouco mais sobre a situação de saúde da região,

² MapInfo é um aplicativo utilizado trabalhar a informação com a utilização de mapas e georreferenciamento.

características sobre o tipo de morte ocorrida, esta rápida investigação permitiu que tirássemos as dúvidas a respeito do acompanhamento destas pessoas durante o quadro da doença ou da possível desassistência nestas situações que avaliamos. Isto proporcionou na época discussões e mobilização dentro da equipe que era responsável pelo atendimento domiciliar. Deste grupo 7 pessoas já eram acompanhadas em casa (29,1%), 4 faziam acompanhamento no centro de saúde (16,6%), 15 (62,5%) não tinham autonomia ou tinha autonomia parcial sendo dependentes de seus cuidadores. Motivados pela ocorrência do óbito em casa resolvemos inclusive questionar dos familiares, a religião destas pessoas onde 77% eram católicos. Este exemplo serve neste momento, para demonstrarmos que com um número reduzido de casos (24) ocorridos ao longo de um ano no domicílio, podemos resgatar e obter outras informações que para nós eram inexistentes até então e que dentro do possível, podem servir para novas estratégias e ampliação de nossas práticas.

(ANEXO VII)

Ainda nesta linha de redesenho e novo olhar em relação aos SIS e informações formais disponíveis, há anos nossas unidades de saúde, mantém uma rotina para visitas aos recém nascidos baseadas na informação do SINASC. Às vezes não conseguem fazer a visita na sua totalidade, mas definem as situações de maior risco (filho de mãe adolescente, baixo peso ao nascer, história de perda de outros filhos anteriores...) para que sejam priorizadas as visitas domiciliares. Uma meta importante, a partir das DNV recebidas, seria visitarmos 100% dos recém nascidos no mais curto espaço de tempo após o parto. Este poderia ser um bom indicador a ser definido. Fazendo a distribuição das DNV por áreas das equipes de referência do PSF e microáreas, é possível identificarmos de forma mais próxima e ágil, as características que envolvem o nascimento destas crianças moradoras nas áreas de abrangência dos centros de saúde. Como temos em geral, um número não exagerado de nascimentos, distribuindo-os ao longo do ano pelas equipes e ACS, poderemos fazer um trabalho de boa qualidade com impactos e avaliações importantes. Cabe citarmos como um facilitador, para estes “ensaios locais” a utilização do Epi-Info ou algum outro aplicativo de fácil manejo, pois possibilita a inclusão de outras informações que julgamos importantes a respeito destes casos. Vale observarmos que embora estando no século XXI, é “permitido” o uso de planilhas, livros ou outro tipo de registro para este seguimento, pois o importante é valorizarmos a informação que temos disponível no nível

local e desencadearmos as ações de intervenção, pois o aporte a outras TI aos poucos também chegarão.

Mesmo o SINAN possibilita a releitura e a escolha de alguns agravos para análises “mais quentes”. Quando em 1999, observamos que do total de pacientes que tinham tuberculose na área de abrangência do Centro de Saúde Integração, somente em torno de 15% dos que moravam nesta área eram notificados e acompanhados pelo próprio centro de saúde, preocupamo-nos. Era muito pouco. Optamos por visitar os 46 pacientes moradores da área do centro de saúde que haviam tido tuberculose nos anos de 1998, 1999 e 2000. Observamos que somente 16,5% haviam sido notificados no serviço neste período de três anos. Os restantes haviam sido notificados em outros serviços. Por que? Havia repressão de demanda? Não fazíamos diagnósticos? Realizamos então um rápido estudo buscando conhecer um pouco mais esta situação. (ANEXO VIII) Obtivemos algumas informações importantes a respeito deste número baixo de pacientes em acompanhamento no centro de saúde Detectamos associação com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em até 22% dos casos, tuberculose extra-pulmonar em 30% dos casos, o que até justificava um percentual maior de pacientes acompanhados nos serviços de referência. Dentro do grupo existiam também alguns pacientes nem sabiam que o centro de saúde tratava tuberculose e até prefeririam tratar perto de suas casas se isso fosse possível, embora um número pequeno de casos (8,7%).

Este diagnóstico permitiu desde então, uma mudança de atitude do serviço, que aumentou a captação de pacientes para seguimento e busca oferecer o mais precoce possível aos pacientes notificados por outros serviços, (mas moradores da área) a continuidade do tratamento no centro de saúde, situação hoje observada. Isto permite reduzir o abandono, pois possibilita o tratamento com acompanhamento mais próximo e o estímulo à medicação supervisionada. Este tipo de informação permite conhecer e intervir nas situações indesejáveis que encontramos, mas presta-se também para fazermos uma análise e avaliação do próprio serviço em relação a determinada atividade ou programa desenvolvido.

Trazendo outro exemplo e recorte de utilização das informações com a partir do SINAN, no ano de 2003 fizemos uma discussão no DSNO a respeito da hanseníase. Até então nenhum centro de saúde da região fazia diagnóstico ou seguimento de pacientes com

este agravo, exceto o Hospital Maternidade Celso Pierro (HMCP) da Puc-Campinas. Buscamos a partir do SINAN (dados totais do município), identificar os pacientes desta região, para que pudéssemos começar, no mínimo, neste momento, com a investigação de comunicantes e com sensibilização para novos diagnósticos. Fizemos a discussão no distrito, com alguns representantes dos NSC e equipes do PSF, inicialmente com a identificação e distribuição dos casos existentes pela área de moradia dos serviços e muitas surpresas apareceram. Como temos habitualmente um número reduzido de hansenianos moradores na região noroeste (em torno de 15 notificações ao ano), é perfeitamente possível que os centros de saúde conheçam estes pacientes, investiguem comunicantes e possam trabalhar a prevenção de incapacidades físicas e maior apoio se necessário. A simples informação e distribuição dos casos existentes com a identificação do local de moradia, possibilitaram conhecer onde estão os casos e como e onde estão sendo seguidos. Isto possibilitou a sensibilização por parte das equipes, sendo que duas unidades já fizeram diagnóstico e estão acompanhando quatro pacientes após um período de quatro meses (em torno de 25% do que temos ao ano). Algo inédito, desencadeado pela apropriação da informação disponível, simples e que pode proporcionar uma intervenção e atuação com impacto considerável.

Ainda nesta linha da releitura de indicadores tradicionais ou da construção de indicadores e bancos com informações inexistentes em outros sistemas, citaremos outros exemplos.

No ano de 1995, ocorreu a descentralização dos Acidentes do Trabalho (AT) para os centros de saúde. A Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), passou então a ser preenchida pelo médico do serviço, onde as 6 vias preenchidas, eram encaminhadas para o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), empresa e paciente. O centro de saúde, que fazia o atendimento, não ficava com a informação do caso atendido. Resolvemos então organizar uma planilha (ANEXO IX), que pudesse contemplar o registro das informações que constavam na CAT, além de outras que entendíamos como importante para conhecermos o perfil destes casos, como o tempo real de afastamento (que muitas vezes não é o mesmo registrado na CAT), preenchimento mesmo se o acidentado não tivesse registro em carteira ou se fosse trabalhador informal (registro inexistente nos sistemas formais). A partir deste novo olhar

em relação à CAT, pudemos conhecer a empresa responsável pelo maior número de acidentes, se tínhamos trabalhador com acidentes de repetição, conhecer a empresa que se negava a abrir CAT, entre outras situações importantes. É bem verdade, que o impacto conseguido neste período na redução de acidentes com trabalhadores seja do mercado formal ou informal pouco aconteceu. A ação do serviço local acabou limitando-se ao diagnóstico, e encaminhamento a outros níveis do sistema (distrito).

Este mesmo instrumento possibilitou um alerta no centro de saúde, onde no ano de 2000, dos 112 acidentes notificados, 27 casos (24,1%) referiam-se a acidentes perfuro-cortantes com profissionais de saúde (muitos deles trabalhadores do próprio serviço), o que permitiu discussão e reavaliação do processo de trabalho e sensibilização do pessoal de enfermagem, entre outras iniciativas. Sem detalharmos outras variáveis possíveis a partir deste tipo de planilha ou informação (até então inexistente), conseguimos identificar 14 casos entre os notificados (15,7%) de trabalhadores sem registro em carteira (trabalhadores do setor informal). Acreditamos que buscarmos atividades de educação em saúde, para intervenção e discussão destas situações, ligando a discussão da microárea de atuação das equipes e o olhar dos ACS, poderá ser um fator de estímulo e enriquecimento nas ações a serem desencadeadas nas mais variadas situações e necessidades.

Outro instrumento que propomos como exemplo deste grupo, diz respeito a situação de mulheres com resultados de Citologias Oncóticas (CO) alteradas. (ANEXO X) Em geral, todo centro de saúde tem um livro de registro da coleta, com algumas informações sobre as pacientes, onde são anotados posteriormente, os resultados destas citologias. Utilizamos este livro, criando um “pequeno banco de dados”, que pudesse monitorar a situação das mulheres que haviam coletado o CO, e se nos casos de exames alterados, havíamos tido sucesso nas condutas e encaminhamentos. A mulher que teve seu exame alterado foi para a especialidade? Fez colposcopia? Tem vínculo com alguma das equipes de saúde? Retornou conforme solicitado? Ou ficou com medo de estar com câncer, não procurou assistência e hoje tem um quadro clínico agravado. Para este tipo de situação, temos de ter instrumentos ágeis que permitam sabermos como está o acompanhamento destas pacientes. Queremos chamar a atenção, que não é somente com a baixa cobertura de CO que temos de ter preocupação, mas também com a situação e seguimento das mulheres que têm alguma alteração e foram encaminhadas para algum outro serviço de referência.

Desde o ano de 2000, por conta do convênio dentro da Gestão Plena do SUS, foi estabelecida uma parceria entre PMC Campinas e Sociedade Campineira de Educação e Instrução (SCEI) mantenedora do HMCP. O DSNO passou a receber mensalmente, uma listagem com todas as internações que ocorrem naquele hospital, referente aos pacientes SUS dependentes. O envio deste instrumento compõe o grupo de itens acordado no Índice de Valorização de Qualidade (IVQ), estabelecido no convênio entre os parceiros citados inicialmente. Na planilha recebida pelo DSNO consta o nome do paciente, endereço, idade, sexo, data da internação, data da alta e o Código Internacional de Doenças (CID). Este instrumento permitiu que fizéssemos um outro breve estudo (em 2001), a respeito das internações de pacientes que moravam na área do Centro de Saúde Integração durante dois meses do ano. Dado o volume de internações, optamos por escolher causas de internações, compatíveis com a maior fatia do perfil epidemiológico da região (doenças crônico-degenerativas), bem como diretamente relacionadas às principais causas de óbitos (doenças cardiovasculares) e que permitisse ainda, conhecermos a respeito da situação pregressa, acompanhamento no centro de saúde, últimas consultas realizadas e forma como chegou à internação. (ANEXO XI)

A maioria dos casos que visitamos eram seqüelas decorrentes de acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, entre outras situações que mereceriam um cuidado mais constante após a alta hospitalar, tendo alguns falecido pouco tempo depois da alta, conforme informações de familiares. São casos que necessitam, em geral, um tempo bem mais curto entre a alta e os primeiros cuidados na tentativa da reabilitação ou que se possa evitar seqüelas maiores. Observamos ainda que alguns destes pacientes tinham convênios médicos mas acabaram sendo internados pelo SUS. Ainda hoje não temos tido a possibilidade operacional para agilizarmos o fluxo ou encaminhamento de rotina entre hospital e centro de saúde, mas mostrou-nos ser um instrumento importante para uma análise inicial dentro das possibilidades que temos de trabalhar atualmente. Estímulo às consultas domiciliares, maior aproximação das equipes com sua área de atuação e até a melhora na disponibilização da viatura para as visitas domiciliares, reduzindo o tempo entre alta hospitalar e primeira visita no domicílio, parece ser o caminho a ser percorrido. Instrumento simples e que permite ainda irmos delineando o papel deste hospital enquanto referência aos serviços de menor complexidade da região de referência.

Um outro exemplo que caberia citarmos neste momento, foi desencadeado no ano de 2003, junto com um centro de saúde do DSNO. Havia uma sensação trazida pelos trabalhadores deste centro de saúde de que grande número de atendimentos seriam referentes a pacientes de outra região, além do espanto pelo crescimento da demanda no serviço. Discutimos com a gerência local algumas variáveis que deveriam ser questionadas e que já haviam sido discutidas na reunião de equipe, para a partir de um inquérito rápido conhecermos mais o perfil das pessoas que buscavam o serviço, na tentativa de reduzirmos o grau de incerteza em relação às ações e ofertas de serviço. Aplicamos um inquérito na fila da recepção do serviço durante uma semana do mês de abril, onde na procura ao serviço, do total de 987 pessoas entrevistadas, 18,4 % tinham menos de 15 anos, 4% responderam que moravam em outra área de abrangência (bem abaixo da sensação da unidade), 91% já haviam utilizado o serviço anteriormente e 16,9% procuraram o serviço devido a queixa do dia, entre outros motivos referidos. As pessoas com consulta agendada eram 23,1% do total e 17,3% que foram agendar consulta de rotina, também estavam na mesma fila. A busca deste tipo de informação, fácil de ser desencadeada a partir de inquérito rápido e com informações inexistentes nos SIS pode trazer movimentos que ajudam a reorganização do processo de trabalho dos serviços. (ANEXO XII)

Conforme as situações que citamos, cabe à epidemiologia um papel importante para ajudar na detecção e análise de situações de saúde da região onde atuamos e que permite-nos ainda avaliarmos as práticas e as ações desencadeadas pelos serviços. Isto pode ocorrer tanto nos casos citados, baseado em SIS existentes, ou a partir de episódios que muitas vezes surgem à nossa frente e muitas vezes não são valorizados.

A INFORMAÇÃO A PARTIR DE SITUAÇÕES RELEVANTES DO COTIDIANO E DOS CASOS QUE CHOCAM

O surgimento de casos que nos chocam ou de situações consideradas relevantes no cotidiano, trazem-nos possibilidades de gerar indicadores e informações para seu monitoramento, mas também para o acompanhamento de nossas práticas. São indicadores que podem ser passageiros, “perecíveis”, construídos a partir da escuta qualificada das equipes de saúde no seu trabalho cotidiano. As equipes de saúde são chamadas

(ou percebem) com frequência, situações ou eventos que são relevantes e que merecem um olhar mais próximo ou com tratamento diferente e personalizado. Em geral são eventos que são escolhidos para a discussão da reunião de equipe, que chegam aos “ouvidos” do coordenador, que são trazidos pelo Conselho Local de Saúde (CLS), enfim situações que chocam e mobilizam a equipe. São situações que necessitam de alguma sistematização para o seu monitoramento, caso contrário perdem-se dentro da crescente demanda dos serviços de saúde.

São vários os momentos que temos projetos desencadeados por nossas equipes de saúde, a partir de necessidades sentidas, das situações do cotidiano ou do olhar “Paidéia”, termos que temos ouvido desde a implantação do modelo. São situações riquíssimas que permitem à equipe uma ampliação da visão a respeito do conceito de problemas de saúde, que fuja da demanda assistencial diária tão importante, mas que permita ainda articular com outros setores “de fora” da saúde, na busca da Clínica Ampliada.

Seria interessante resgatarmos, neste momento, a possibilidade do uso de eventos sentinela e traçadores nestas situações que estamos descrevendo. Mesmo no tópico que abordamos anteriormente, à respeito do recorte das informações dos SIS tradicionais, é possível utilizarmos tais técnicas. Acreditamos, que são técnicas adequadas para lidarmos com estas ocorrências nos serviços de saúde local. São úteis mesmo que o nosso “n” seja muito pequeno, como diriam alguns pesquisadores.

Segundo Penna (1995), o conceito de evento sentinela foi introduzido por Rutstein et al. (1976), como a ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária. A partir do conhecimento de um evento ocorrido, procede-se a investigação e tenta-se detectar suas determinações. É uma técnica com baixo custo operacional, como por exemplo, na coleta de dados e com respostas importantes. Esta autora a respeito do uso dos eventos sentinela diz que *“não pretendendo desvalorizar as técnicas quantitativas da Epidemiologia, deseja-se apenas ressaltar que uma informação é tanto mais valiosa quanto mais abrangente for o juízo da situação que possa ser inferido a partir dela... compreensão que pode ser apreendida através de sua análise”* (PENNA, 1995)

Já a condição marcadora ou traçadores enquanto técnica para avaliação da saúde, foram propostos por Kessner, Kalk & Singer (1973). Segundo a autora, *“a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto determinado de condições ou patologias, possa-se inferir a qualidade da atenção à saúde em geral, incluindo-se aí a resolatividade, uso adequado de exames complementares, oportunidade das ações...”* (PENNA, 1995) Os traçadores, são mais adequados para a utilização com agravos que temos uma definição mais clara na forma de atenção ou protocolos definidos.

Estas técnicas citadas, eventos sentinela e traçadores, parecem ser muito adequadas para o trabalho que estamos propondo com as situações do cotidiano em nossos serviços de saúde, ou seja, para os momentos em não necessitamos de amplos diagnósticos, mas precisamos de um instrumental que aponte caminhos e nos ajude a monitorar e retroalimentar as nossas práticas.

Poderíamos trazer ainda para este momento de reflexão, o “Método da Roda” trazido por Campos (2001), o qual propõe que possamos trabalhar com a simultaneidade entre a geração, a coleta e a análise de informações. Para este autor, em função das interpretações, vão tomando-se decisões e desencadeando as ações práticas. *“Na realidade, toda e qualquer equipe conta com uma série de informações originárias de sua experiência, ainda que toscas e com sistematização precária. Utiliza-se pouco a informação produzida pela experiência do grupo. Em geral, a dificuldade de um coletivo analisar não decorre da ausência de informação ou da dificuldade de se acessar dados, resulta sim, de entraves políticos, organizacionais e subjetivos”.* (CAMPOS, 2000 a)

Em absoluto, quando são valorizadas estas técnicas, dispensaríamos outros usos da epidemiologia em diagnósticos mais amplos e análises para desencadeamento de ações e projetos ou reordenação de modelos e formas de agir. O que queremos, com estas observações é resgatarmos possibilidades esquecidas e que muitas vezes esperam o “grande dia” para algum tipo de intervenção. A utilização dos eventos sentinela e traçadores, permite que possamos em momentos seguintes, prevenir que este tipo de situação identificada como inadequada aconteça novamente. Poderemos então a partir de um caso, de uma situação ocorrida, desencadear uma série de intervenções e mudanças de posturas, que possam estimular a reavaliação de nossas práticas com impacto na qualidade de nosso trabalho e na atenção à saúde das pessoas.

Talvez um cuidado que devemos ter (embora já tenhamos comentado), diz respeito à quantidade de dados que necessitamos para as análises e avaliações que gostaríamos de fazer. O que estamos propondo não é a busca infinita de dados coletados ou de novos instrumentos de coleta, mas usarmos e abusarmos na análise das informações já disponíveis, valorizando em grande parte das vezes, não a quantidade de informações disponibilizadas, mas a qualidade do que temos a nossa frente.

No nível local existe a possibilidade de identificarmos pacientes e grupos de pacientes que se encontram em situação de risco, ou seja, que estão sendo vistos ou acompanhados no serviço, mas muitas vezes não têm sua situação de saúde ou doença valorizada. Os motivos para esta não valorização “ideal” vão desde a “gravidade passageira”, rotina das crises que começam a ser entendidas como normais ou porque perdem-se na demanda entre outros casos que aparecem e se tornam os mais graves para aquele momento. Não é incomum, cruzarmos com o mesmo paciente várias vezes no centro de saúde, com queixas de *“açúcar alto, pressão alta, chiado no peito, nova gestação indesejada”* ou mesmo *“uma nova recaída em relação ao alcoolismo”*. Logo pensamos: tudo isso outra vez? São os casos “reverberantes” de nossos serviços, pouco valorizados que deveriam ficar acendendo a luz de alerta do nosso monitor, mas que serão lembrados somente quando o quadro já estiver novamente instalado, em uma nova crise. Muitos destes pacientes sentem-se (ou acham-se), sendo acompanhados pelos nossos serviços... mas acabam não tendo estas situações de risco valorizadas como deveriam. O caso não havia ido ainda para o nosso monitor.

Para que possamos não esquecer destes casos relevantes do cotidiano, necessitamos ter um mínimo de sistematização, que pode ser o livro da equipe ou a planilha da área. Mas temos de ter instrumentos para monitorarmos estas situações, que não seja somente o prontuário do paciente ou da família. Mesmo os registros utilizados pelo PSF (como o componente SSA2 do SIAB), não conseguem identificar estas situações que estamos citando. Estes instrumentos até permitem a distribuição dos casos por microáreas, mas não personalizam os casos que precisamos monitorar. Este movimento para identificação e registro do caso que choca, da situação relevante na área de atuação, cabe às equipes locais do PSF, ao trabalho riquíssimo dos ACS, que conseguem muitas vezes na intimidade da área e da microárea, resgatar situações que necessitam urgência em sua

intervenção. Cabe então às equipes definir as estratégias de organização e seguimento para que não percam este caso outra vez.

Na tentativa de ilustrarmos outras possibilidades de uso da informação ou de indicadores de saúde que façam parte do nosso cotidiano à partir de situações vivenciadas pelas equipes de saúde e que com certeza, acabam gerando e desencadeando ações ou projetos de intervenção mais específicos, citaremos algumas situações que foram vivenciadas ao longo deste trabalho. Em geral, são casos e situações que mereceriam um atendimento *vip* por parte de nossas equipes, mas muitas destes encontram-se perdidos dentro do arsenal de sistemas de informações que temos ou da demanda agonizante de nossos serviços. Com certeza os trabalhadores de saúde do nível local sabem do que estamos falando.

Entre as várias situações que vivenciamos (e que fazem parte da vida das equipes locais) teríamos por exemplo, o caso de *“Dona M, 68 anos usuária (quase todo o dia), e vizinha do Centro de Saúde. Todos gostavam dela. Não causava nenhum problema. Adorava os médicos. Participava do grupo da terceira idade. Sempre dizia que o Dr. era ótimo. Defendia que não o mandassem embora nunca. Conseguia sempre sua receita de anti-inflamatório para a dor nas costas com o bom doutor. Consultava com todos. Mas quando saía com a prescrição do medicamento o conceito do médico subia. Um dia sua filha ligou falando que dona M. estava internada. Fizemos o contato com o Hospital para sabermos sobre os motivos. Havia morrido com hemorragia digestiva na noite anterior! Fomos investigar no prontuário a sua história pregressa. Detectamos 20 consultas naquele ano, toda com prescrição de anti-inflamatórios, por 6 profissionais diferentes da unidade. Somado a isso às consultas ao pronto Socorro no final de semana (saindo com prescrição deste medicamento) e as visitas à farmácia do bairro, para buscar esta medicação, conforme informação da filha”*.

Assim como este exemplo dado, temos outras situações que ocorrem no dia-a-dia em nossas unidades de saúde e que não são diferentes. Pode mudar o tipo de “suporte” para fugir da crise, buscando benzodiazepínicos, antidepressivos ou analgésicos, entre outros. A utilização desta informação, por estarmos próximos do caso ocorrido, pode ajudar na modificação de nossas práticas e com certeza terão repercussão na qualidade da nossa oferta de serviço e da qualidade de vida de quem nos procura. As nossas posturas

precisam ser modificadas. Não é só a dependência química de dona M. Qual tem sido a oferta dos nossos serviços em relação a novas práticas de saúde que não a medicalização? Uma situação relevante ocorrida como essa, o caso que nos choca, permite e exige que modifiquemos imediatamente as nossas práticas e que valorizemos estes indicadores e informações da intimidade local como norteadores de novos caminhos.

Traremos outra situação que pode bem ilustrar este grupo de casos e situações que ocorrem nos nossos serviços de saúde, debaixo de nossos olhos, de nossa guarda e cada vez mais decorrente de uma demanda que cresce. Cabe alertarmos que se não tivermos formas mais ágeis para monitorarmos os casos que chegam e que merecem um olhar especial (não estamos falando de TI), sempre surgirão situações desagradáveis que poderíamos ter evitado.

Outro caso seria o de “Dona T, 65 anos, diabética há 30 anos. Em 5 anos passou por 50 consultas médicas, dezenas de passagens com a enfermagem (segundo levantamento em seu prontuário médico no centro de saúde), muitas glicemias de jejum e glicosimetrias. Todas alteradas. Nunca conseguiu controlar. Participou do grupo educativo algumas vezes (grupos que sempre foram elogiados pelos participantes e funcionários). Há um mês apareceu no centro de saúde com queixa de que não enxerga mais”.

Por que temos esta situação? O caso não foi valorizado? A paciente não estava cuidando-se bem? Conseguimos avaliar isso? Além do grupo educativo, poderíamos ter oferecido algo mais, algum projeto terapêutico mais específico ou mais adequado ao perfil da paciente? Obviamente existem algumas situações que marcam mais, que dão o sinal de alerta no monitor, mas o que estamos propondo neste momento é para que possamos utilizar estes casos que nos chocam para a discussão com a equipe, para a descoberta de novas práticas e caminhos ou para a reavaliação constante do que fazemos. Isso! Usarmos as informações da intimidade local para o desencadeamento e busca de novas práticas.

Para finalizarmos este grupo de exemplos, traremos o caso de “L., 30 anos, trabalhador gráfico. Passou por inúmeras internações devido ao uso exagerado de bebidas alcoólicas. Durante a crise, tinha conflitos familiares muito graves, tornava-se agressivo. Fora das crises mantinha um ritmo de vida normal aos nossos padrões. Mas o centro de

saúde somente dava o suporte necessário nas crises, afinal após os dias de crise L. não fazia parte dos casos e situações relevantes, ou que mereciam um olhar e projeto de seguimento diferente. A possibilidade de L. estar registrado dentro do grupo dos que precisam de ajuda e de suporte mais contínuo, mesmo fora da crise, permitiria que estes casos que nos chocam, não sejam perdidos entre outros que chegam. Mas isto nunca foi feito". Se o centro de saúde já tinha o diagnóstico e sabia da gravidade do caso de L., um instrumento mínimo, uma lista, uma planilha que pudesse monitorar o caso, com acesso à equipe de referência, possibilitaria o alerta e o não esquecimento de L. e de tantos outros.

No nível local, a possibilidade de trabalharmos com poucos casos ou com as situações ocorridas é riquíssimo. Amplia a nossa capacidade de intervenção e potencializa o papel da equipe. Como vimos nos exemplos, são indicadores potentes apesar de serem um número reduzido de casos e situações. Às vezes um caso pode desencadear ações e projetos terapêuticos que mobilizam a equipe, vizinhos e até outros setores. Para Drumond Jr (2001) *"a manipulação de números absolutos ainda se dá de maneira escassa. Em geral não se aprofunda ou incorpora os números absolutos em métodos e técnicas de diagnóstico e avaliação permanente. Sua baixa utilização parece se relacionar a uma exigência de cálculos de indicadores considerados mais robustos pela disciplina, o que acaba exigindo a agregação de grandes bases espaciais ou temporais e esvaziando as práticas do seu papel de avaliação cotidiana"* (DRUMOND JR, 2001).

Finalizando este capítulo, o que consideramos importante foi mostrarmos o papel que pode ser desempenhado pela epidemiologia no nível local. Utilizá-la dentro dos serviços, como uma ferramenta de apoio importante para a utilização das informações disponíveis, para o trabalho dos NSC e das equipes de referência do PSF na busca da Clínica Ampliada. Lembrando que não deve haver dicotomia entre buscar a informação em saúde, utilizar a epidemiologia como ferramenta para a construção de indicadores mais próximos e garantir as outras ações de saúde coletiva já históricas, como ações de vigilância epidemiológica e sanitária além das ações assistenciais. São práticas complementares, que devem ter um espaço próprio de formulação no nível local tendo como potencializador os NSC.

As situações citadas estão dentro da capacidade de construção, formulação e intervenção das equipes de saúde e não tem nada de diferente do que estas já fazem. É necessário sim, utilizarmos alguns momentos para este tipo de discussão e sistematização entre as muitas coisas que fazemos, possibilitando que estas equipes sintam-se fortalecidas por tais considerações e consigam a partir destas, valorizar e intervir nos casos e situações relevantes que surgem no cotidiano.



9 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

São indiscutíveis os avanços que temos tido na área de saúde no país em relação à disponibilização, uso da informação e oferta de TI para os níveis maiores do SUS, nos últimos anos, conforme desenvolvido em capítulos anteriores. Mas temos realidades locais distintas. Desde serviços melhor estruturados e com facilidade no manejo e uso das TI, até outros que ainda “engatinham” para calcular e conhecer seus indicadores mínimos ou saber um pouco mais sobre a situação de saúde local.

Com este trabalho, procuramos valorizar o uso da informação em saúde e da epidemiologia, para que possam ser entendidas como ferramentas cotidianas, próximas das práticas locais e possam ser utilizadas de acordo com as situações que necessitamos conhecer e acompanhar nas áreas de atuação das equipes de saúde. Mais ainda, estimular o uso da informação hoje disponível (a partir dos vários SIS existentes), e que nos permite análises, releituras e novas abordagens nos espaços locais, ainda com baixa capacidade potencial de uso. Esta informação, estes indicadores construídos poderão ser diferentes em vários momentos e permitirão o acompanhamento das situações indesejadas que temos de monitorar. Somado a isso a busca da valorização das situações relevantes do cotidiano, do caso que choca, que são eventos que estimulam e ampliam a capacidade de análise e intervenção das equipes de saúde. São as informações da área e da microárea não mostradas ou identificadas pelos indicadores tradicionais.

A partir destas constatações, de forma alguma defendemos uma cesta básica para a informação. Buscar agilidade, investir em TI, são metas que cada vez mais devemos seguir, pois o volume cada vez maior de informações para a gestão e o desencadeamento de ações pelos serviços de saúde apontam para esta necessidade. Caminhos para a integração destas informações que hoje utilizamos têm sido dados, entre eles a promulgação da NOAS-SUS, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, entre outros, ou mesmo o investimento que tem sido feito para a implantação do Cartão Nacional de Saúde.

O que propomos, no entanto, é que não devemos esperar o grande dia em que teremos a informatização das nossas unidades e que isto tornará mais fácil o uso e manejo da informação em saúde. Muitas das informações que necessitamos para a nossa prática diária deverão ser construídas e reconstruídas constantemente e estas independem de TI. Devemos valorizar a análise das informações em saúde hoje disponíveis, buscar a construção de indicadores mais próximos (“caseiros”), que possam garantir o

conhecimento, monitoração e a responsabilização com a vida no nosso trabalho cotidiano, ações que deverão ser realizadas e mantidas, mesmo que um dia tenhamos grandes ambientes informacionais em funcionamento.

Um dos movimentos e reflexões que buscamos fazer com este trabalho, e que talvez tenha permeado subliminarmente o seu desenvolvimento, foi o de procurarmos entender os principais motivos que determinam o pouco uso e valorização (descrédito) da informação em saúde e da epidemiologia por parte dos gestores e das equipes de saúde. Detectamos que os SIS não falam entre si, são verticalizados e não servem muitas vezes para as decisões que temos de tomar no nível local. Por outro lado, as informações que dispomos, não estão sendo utilizadas para as respostas que queremos dar em nosso cotidiano e pouco ajudam como ferramentas facilitadoras norteadoras de nossas ações.

Buscamos a instrumentalização e capacitação das equipes, estimulando o uso das informações que dispomos, com atuação em serviço e demonstrando a partir de seu uso as possibilidades de abordagens que podem permitir, pode ser uma das alternativas para ampliarmos a capacidade de análise e utilização.

Concluindo, entendemos que o momento para discutirmos informação em saúde e epidemiologia é propício no município de Campinas. Existem discussões e diretrizes municipais que apontam para o melhor uso destas ferramentas, aliadas a outras ações práticas já desencadeadas. Entre estas ações podemos citar a definição das microáreas pelos serviços (apostando no georreferenciamento) e a retomada do cadastramento de usuários e domicílios (também já iniciada por alguns centros de saúde). Com otimismo, avaliamos que estas ações, somadas à valorização das situações relevantes do cotidiano das equipes, que procuramos discutir neste texto, poderão auxiliar na ampliação da capacidade de análise e intervenção dos serviços.



10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. COMISSÃO DE EPIDEMIOLOGIA. **II Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil: 1995-1999**. Rio de Janeiro, 1995.
- ABRASCO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. COMISSÃO DE EPIDEMIOLOGIA. **III Plano diretor para o desenvolvimento da epidemiologia no Brasil: 2000-2004**. Rio de Janeiro, 2000.
- ABRASCO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. V CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. **Oficina novas perspectivas da epidemiologia no município**, org. Associação Mineira de Epidemiologia, Curitiba, 2003.
- BARATA, R.B. Tendências no ensino da epidemiologia no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, 2(5), p 334-341, 1997.
- BARRETO, M. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 1(2): 104-130, 1998.
- _____ Epidemiologia e o SUS. **Revista Súmula, FIOCRUZ**, jun/jul 2002 conferência: Epidemiologia e SUS, durante V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Curitiba, 2002.
- BACHELARD, G. **La formacion del espiritu científico**. Buenos Aires. Siglo XXI, 1972 .
- BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível Local, **Cadernos de Saúde Pública**, v.12(2) abr/jun 1996, Rio de Janeiro. disponível em <[http: www.scielo.br](http://www.scielo.br)> acesso 01 de jan.1998.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8142/90. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências**, 1990.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº 8080/90. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde e dá outras providências**, 1990 b.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica, NOB-93**, 01/93, 1993.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA. Sistemas de informação em saúde e a vigilância epidemiológica. **In: Informe Epidemiológico do SUS**, ano III, (1), p.61-61 Jan/Mar 1994. Brasília, 1994 a.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABRASCO. **Uso e disseminação de informações em saúde**. Relatório final. Brasília, 1994 b.

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA. Sistemas de informação em saúde. In: **Informe Epidemiológico do SUS**, ano IV, p.85-92. Brasília, 1995.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica, NOB-96**, 01/96, 1996.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA. **Informe Epidemiológico do SUS**, ano VI (3), jul/set 1997. Brasília, 1997.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 3925/GM, **Pacto da atenção básica**, 13 de novembro de 1998.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 4ª edição. Brasília, 1998 b.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1399/GM, **Programação pactuada integrada– epidemiologia e controle de doenças – PPIECD**, 15 de dezembro de 1999.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9 (3), jul/set 2000. Brasília, 2000.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 95/GM, **Norma Operacional da Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/2001**, 26 de janeiro de 2001a.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Cartão Nacional de Saúde, instrumento para um novo modelo de atenção**, Secretaria de Gestão de Investimentos, Brasília, 2001 b. disponível em: < <http://www.saude.gov.br> > acesso em 30 de set. 2003.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 373/GM, **Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/2002**, 27 de fevereiro de 2002 a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNASA. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5ª edição. V.I, P.61-74. ago 2002. Brasília, 2002 b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de informação da atenção básica. **Indicadores 2002**. 5º ed. Brasília. 2003 a.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Geoprocessamento e dados espaciais em saúde**. Ministério da Saúde, 2003. 24 p. Comitê Temático Interdisciplinar. disponível em: < www.datasus.gov.br/catalogo/ctigeo/relatorio1reuniao.htm > acesso em 21 jun 2003, 2003 b.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Criação da Secretaria de Vigilância em Saúde**, folder, 2003 c.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Executiva, Área de Informação e Informática em Saúde. **A construção da política nacional em informação e informática em saúde**, versão 1.3, Brasília, 2003 disponível em: www.saude.gov.br/politica_informacao acesso em 1 dez 2003.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: UNESP, Ed, Hucitec, 1991.

BRUYNE, P. de HERMAN, J. e SCHOUTEHEETE, M. de. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**. Tradução de Ruth Joffily. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1977.

BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Campinas, 1997 disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> acesso em 15 jun.2003.

CAMPOS, G.W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo, Hucitec, 1991.

_____ **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992.

_____ Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **In: Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 5 (2) : 219-230, 2000 a.

_____ **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo, Hucitec, 2000 b.

_____ **O Método Paidéia (da roda) aplicado à saúde coletiva**. Campinas, 2001 [mimeografado].

_____ **Reflexões sobre a clínica em equipes de saúde da família**. Campinas, 2002 [mimeografado].

CAMPOS, G.W.S.; CARVALHO, S.R. **Reforma dos modelos de atenção à saúde: Acolhimento e organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria de Saúde de Betim / Minas Gerais**. Campinas, 1997 [mimeografado].

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família**. Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP, 2003.

CARVALHO, A. I.de. **Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade**. **In: Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 1(1), 1996.

- CARVALHO, A. O.; EDUARDO M.B.P. **Sistema de informação em saúde para municípios**, vol 6, FAMUSP, Série Saúde & cidadania, São Paulo, 1998.
- CASTELLANOS, P.L. **La epidemiologia y la organizacion de los Sistemas de Salud**. XIV Conferência Associação Latinoamericana Y del Caribe de Educacion en Salud Pública ALAESP: Taxco, México, 1987.
- CASTRO, L.V.L. **Informações sobre mortalidade infantil no âmbito local: estudo na região noroeste de Campinas**. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Enfermagem. UNICAMP, 2003.
- DESLANDES, S.F. **Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde**. In: **Cadernos de Saúde Publica**, 1997
- DICIONÁRIO ELETRÔNICO AURÉLIO, Org. A.B. de Holanda. Rio: Nova Fronteira, 1996
- DONALÍSIO, M.R.C. **A Informação e o Município, Saúde em Debate**, CEBES, 39: p.64-9, jun1993.
- DRUMOND JR., M. **Epidemiologia e saúde pública: reflexões sobre os usos da epidemiologia nos serviços do Sistema Único de Saúde em nível municipal**. Tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP, 2001.
- EPI INFO, VERSÃO 6. **Epidemiologia em microcomputadores**. 1994.
- FARIAS, R.M.S., **Modelos assistenciais na saúde – visão histórica**, Campinas, 2001 [mimeografado].
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. **Programa de Saúde da Família: Contradições e Desafios**, Anais do VI Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo, Volume II, 2000.
- GOLDBAUM, M. **Epidemiologia em serviços de saúde no Brasil anotações para debate**. **Revista Saúde em Debate**, julho 1992 n.35 p.68-71, julho de 1992.
- JAPIASSU, H. O. **O que é epistemologia?** In: Japiassu H. **Introdução ao pensamento epistemológico**. Rio de Janeiro: F.Alves, p.19-29, 1975.
- KESSNER, D.M.; KALK, C.; SINGER. J. **Assessing health quality – the case for tracers**. **N. Engl. J. Med.** 288: 189-194, 1973.

- MERHY, E.E. **A Saúde pública como política: um estudo de formuladores de política.** Ed. Hucitec, São Paulo, 1992.
- MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO, 1994.
- MORAES, I. H. S. **Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania.** São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO, 1994.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. **Usos Y perspectivas de la epidemiologia.** Washington, 1984.
- PENNA, M. L. F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário.** PROJETO GERUS, Brasília, 1995.
- ROUQUAYROL, M. Z. A medida da saúde coletiva. In: **epidemiologia & saúde**, 4ªed. Cap.3 p.23-71 Rio de Janeiro: Medsi, 1993.
- RUTSTEIN D.D. et al. Measuring the quality of medical care, a clinical method. **N. Engl. J. Med**, 294: 582-588, 1976.
- SALLES de OLIVEIRA, P. Caminhos de construção da pesquisa em ciências humanas. In: Salles de Oliveira, P. (org). **Metodologia das Ciências Humanas.** São Paulo: Hucitec,Unesp, 1988.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Superintendência de Controle de Endemias, SUCEN. **Sistema Aedes v 5.0** (desenvolvido por Gerson L.Barbosa e Jorge L. Granado), 2001. [mimeografado].
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Centro de Vigilância Sanitária, CVS. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Portaria CVS 01 / 02 de 02/01/2002. **Dispõe sobre o Sistema Estadual de Vigilância Sanitária.** São Paulo, 2002.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Oficina de vigilância em saúde de Campinas.** Campinas, 1997. [mimeografado]
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **Cadastro Paidéia de domicílios e usuários,** Campinas, 2001 a.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CAMPINAS. **COVISA Índice de condição de vida, ICV.** Campinas, 2001 b.

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. Colegiado de Gestão. **Projeto Paidéia de Saúde da Família de Campinas**. Caderno, Gráfica do HHMG, Campinas, março de 2001 c.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. COVISA. **Ampliação das ações de saúde coletiva**. Campinas, 2001 d [mimeografado].
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, COVISA. **“Os dados na roda”**. Campinas. setembro, 2001 e [mimeografado].
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, CIS. **Série de encontros: uso da informação nos serviços de saúde**. Campinas, 2002 a [mimeografado].
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, Relatório de Nascidos Vivos, 2002 b disponível em: < <http://www.campinas.sp.gov.br/saude> > acesso em 20 abr 2003.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, Departamento de Saúde. **O sistema de informação e a avaliação de serviços: indicadores mínimos**. Campinas, 2003 a [mimeografado].
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, **Antiprotocolo: textos comuns a todos os temas**. Campinas, 2003 b [mimeografado].
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, Departamento de Saúde Coletiva, **Oficina para discussão do Painel Epidemiológico**, 2003 c.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, **A Saúde coletiva no modelo Paidéia**, Colegiado Gestor da SMS, 2003 d.
- SCHRAIBER, LILIA BLIMA. **Programação em saúde hoje**, São Paulo, Hucitec, 1990.
- SILVA JUNIOR, A .G. **Modelos tecnossistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SOUZA SANTOS, B. **Ciência e senso comum**. In: Santos, B de S. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- TEIXEIRA, S.F. **Reflexões Teóricas Sobre Democracia e Reforma Sanitária** In: **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. Rio de Janeiro: Cortez/Abrasco, 1989.
- TEIXEIRA, R. R. **Informação e Comunicação em Saúde**. In: Schraiber,L. B. et al. (Org) **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre. Ed.Artes Médicas, 1992.

VASCONCELOS, M.M.; MORAES I.H.S.; CAVALCANTE M.T.L. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologia de informação, **Saúde em Debate**, volume 25, n. 61,P.219-235 maio/ agosto de 2002.

WRIGHT MILLS, Charles. **A imaginação sociológica**. Trad. de W.Dutra. 6^a. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.



11 - ANEXOS

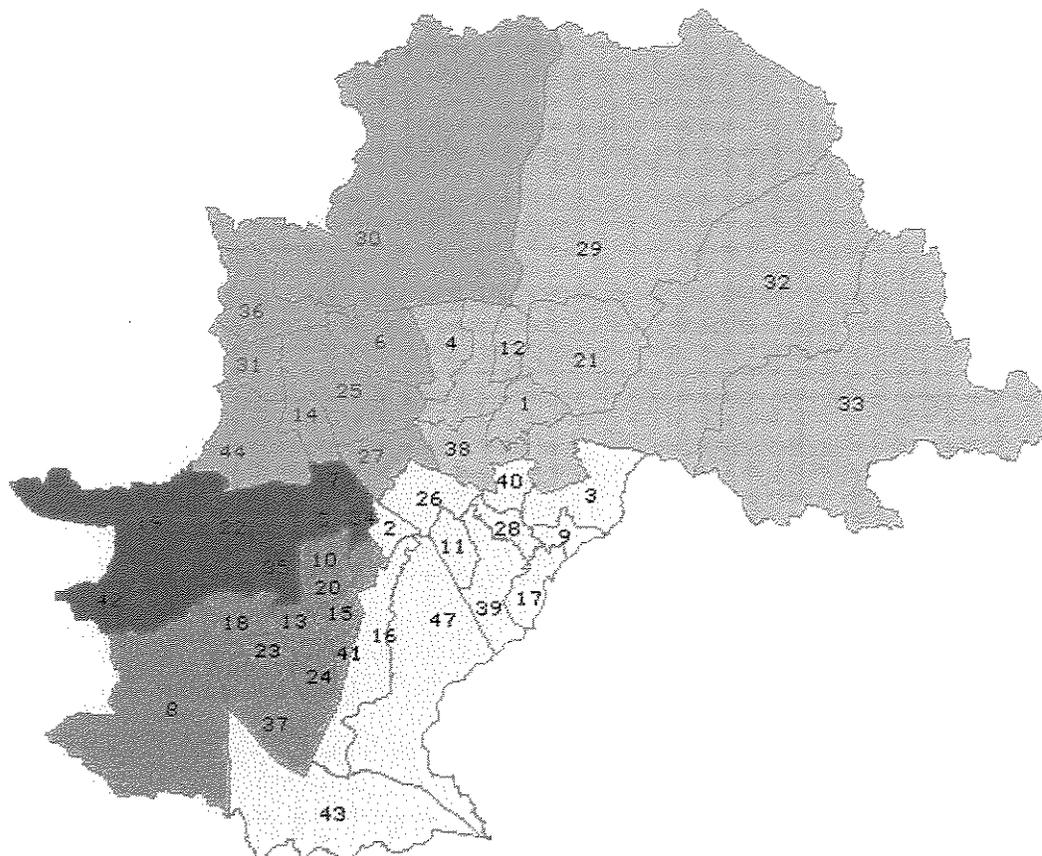
ANEXO I-DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE CAMPINAS POR DISTRITO DE SAÚDE REFERENTE À ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA MORADIA, SEGUNDO O CENSO 2000.

Censo 2000 - Resultados do Universo - Dados selecionados segundo áreas de abrangência dos Distritos de Saúde Campinas 2000

VARIÁVEL	NORTE	SUL	LESTE	SUDOESTE	NOROESTE	CAMPINAS
Domicílios	53.894	72.968	73.200	50.718	39.788	290.568
Pessoas residentes em 1996	167.729	220.880	213.739	173.997	131.472	907.818
Pessoas residentes em 2000	175.585	247.732	216.022	185.475	144.573	969.386
Estimativa pessoas residentes em 2003	181.717	269.991	217.751	194.577	155.248	1.018.288
Número habitantes / domicílio	3,3	3,4	3,0	3,7	3,6	3,3
Taxa de crescimento 1996 / 2000 (%)	1,15	2,91	0,27	1,61	2,40	1,65
Taxa de natalidade 2000 (por 1.000 habitantes)	14,66	16,13	12,52	20,10	19,44	16,35
Área (km2)	176,4	118,7	345,2	94,4	63,2	796,1
Perímetro (Km2)	86,93%	78,72	113,69	55,84	56,04	200,11
Pessoas morando em aglomerado subnormal	17.544	39.892	10.607	37.578	22.026	127.647
% Pessoas morando em aglomerado subnormal	10,0%	16,1%	4,9%	20,3%	15,2%	13,2%
Homens residentes	87.350	120.695	101.693	91.690	70.739	472.169
% Homens residentes	49,7%	48,7%	47,1%	49,4%	48,9%	48,7%
Mulheres residentes	88.235	127.036	114.330	93.785	73.833	497.219
% Mulheres residentes	50,3%	51,3%	52,9%	50,6%	51,1%	51,3%
Pessoas por faixa etária, ambos os sexos						0
menor 1 ano	2.316	3.758	2.324	3.444	2.538	14.380
1 a 4 anos	9.887	15.935	9.767	14.325	10.764	60.684
% 0 a 4 anos	5,6%	6,4%	4,5%	7,7%	7,4%	6,3%
5 a 9 anos	12.483	19.386	12.638	17.600	13.354	75.461
10 a 14 anos	14.345	20.921	14.799	18.321	13.701	82.090
15 a 19 anos	16.410	22.468	18.249	18.607	14.673	90.411
% 10 a 19 anos	17,5%	17,5%	15,3%	19,9%	19,6%	17,8%
20 a 24 anos	17.706	23.419	20.396	18.624	14.331	94.478
25 a 29 anos	15.744	21.699	18.719	16.795	12.995	85.953
30 a 39 anos	28.587	41.014	36.064	31.153	23.430	160.247
40 a 49 anos	24.060	32.847	31.626	24.013	18.333	130.881
50 a 59 anos	16.094	21.179	21.626	12.537	10.819	82.256
60 a 69 anos	10.253	14.315	15.435	6.193	5.982	52.180
70 a 79 anos	5.601	7.868	10.070	2.922	2.722	29.182
80 anos e mais	2.099	2.925	4.299	942	932	11.196
% de 60 anos e mais	10,2%	10,1%	13,8%	5,4%	6,7%	9,5%

Fonte: IBGE. Base de Informações por Setor Censitário. Censo Demográfico 2000. Resultados do Universo. Rio de Janeiro 2002
 - Elaborado na Coordenadoria de Informação em Saúde - DGDO/SMS - Campinas

ANEXO II-COMPOSIÇÃO DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DE CAMPINAS NO ANO DE 2003 (NÃO ESTÃO LISTADOS AQUI OS SERVIÇOS CONVENIADOS). OS CENTROS DE SAÚDE ESTÃO DISTRIBUÍDOS PELOS SEUS RESPECTIVOS DISTRITOS DE SAÚDE.



CENTROS DE SAÚDE:

Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste
6 - Santa Mônica	2 - Vila Rica	1 - Conceição	8 - União dos Bairros	5 - Perseu
14 - Boa Vista	3 - Orosimbo Maia	4 - Costa e Silva	10 - Santa Lúcia	7 - Integração
25 - Eulina	9 - Esmeraldina	12 - São Quirino	13 - Aeroporto	19 - Valença
27 - Aurélia	11 - Figueira	21 - 31 de março	15 - Campos Elíseos	22 - Florence
30 - Barão Geraldo	16 - São José	29 - Taquaral	18 - Vista Alegre	34 - Pedro Aquino
31 - Anchieta	17 - São Vicente	32 - Sousas	20 - Capivari	35 - Ipaussurama
36 - São Marcos	26 - Faria Lima	33 - Joaquim Egidio	23 - Dic I	42 - Floresta
44 - Sta. Bárbara	28 - Santa Odila	38 - Centro	24 - Dic III	
	39 - Ipê		37 - São Cristóvão	48 - Itajaí (definindo área)
	40 - Paranapanema		41 - Itatinga	
	43 - São Domingos			
	47 - Carvalho de Moura			

Fonte: Secretaria Municipal de saúde

(continuação do ANEXO II)

UNIDADES DE REFERÊNCIA:

5 CAPS (Centro de Atenção Psico-Social: INTEGRAÇÃO, LESTE, NOVO TEMPO, SUL E ESTAÇÃO);
CEVI (Centro de Vivência Infantil);
CRIAD (Centro de Referência e Informação sobre Álcool e Drogas);
CRAISA (Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente);
CENDOR (Centro de Reabilitação Física e Doenças Reumáticas);
CRST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador);
COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico);
AMDA (Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS);
ADT (Serviço de Atendimento Domiciliar para AIDS);
Centro de Lactação – Banco de Leite Humano de Campinas;

POLICLÍNICAS:

POLICLÍNICA I;
POLICLÍNICA III;
AMBULATÓRIO OURO VERDE.

PRONTO ATENDIMENTOS:

PA ANCHIETA;
PA SÃO JOSÉ;
PA OURO VERDE.

OUTROS SERVIÇOS:

SAMU (Serviço Médico de Urgência);
Centro de Controle de Zoonoses;
Laboratório de Patologia Clínica;
Serviço de Atendimento Domiciliar;
Ambulatório do CEASA.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO III-POPULAÇÃO MORA-DORA NA ÁREA DO DISTRITO DE SAÚDE NOROESTE DE CAMPINAS, DISTRIBUÍDA PELAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DOS CENTROS DE SAÚDE.

**Censo 2000 - Resultados do Universo
Dados selecionados segundo áreas de abrangência dos centros de saúde
do Distrito de Saúde Noroeste - Campinas 2000**

VARIÁVEL	INTERAÇÃO	PAQUINO	PEREQU	IPAUSSUMAMA	VALEIÇA	FLORESTA	FLORENCE	DISTRITO NOROESTE	CAMPINAS
Domicílios	9.026	5.115	3.142	4.120	7.930	3.335	7.120	39.788	290.568
Pessoas residentes em 1996	28.594	21.107	12.605	10.904	28.439	7.776	22.047	131.472	907.818
Pessoas residentes em 2000	29.035	19.236	11.499	15.016	30.030	12.915	26.841	144.573	969.366
Estimativa pessoas residentes em 2003	29.371	17.943	10.734	19.088	31.282	18.894	31.109	158.421	1.018.268
Número habitantes / domicílio	3,2	3,8	3,7	3,6	3,8	3,9	3,8	3,6	3,3
Taxa de crescimento 1996 / 2000 (%)	0,36%	(2,29%)	(2,27%)	8,33%	1,37%	13,52%	5,04%	2,40%	1,65%
Taxa de natalidade 2000 (por 1.000 habitantes)	13,02	13,20	24,09	22,51	21,91	19,51	24,37	19,44	16,35
Área (km2)	3,5	2,6	1,8	7,6	26,4	7,2	14,2	63,2	796,1
Perímetro (Km2)	9,02%	9,36	6,91	17,19	33,69	14,33	16,56	56,04	200,11
Pessoas morando em aglomerado subnormal	1.712	4.223	1.868	3.549	2.099	0	8.575	22.026	127.647
% Pessoas morando em aglomerado subnormal	5,9%	22,0%	16,2%	23,6%	7,0%	0%	31,9%	15,2%	13,2%
Homens residentes	13.612	9.310	5.621	7.453	14.922	6.388	13.434	70.739	472.169
% Homens residentes	46,9%	48,4%	48,9%	49,6%	49,7%	49,5%	50,1%	48,9%	48,7%
Mulheres residentes	15.424	9.927	5.878	7.563	15.108	6.527	13.407	73.833	497.219
% Mulheres residentes	53,1%	51,6%	51,1%	50,4%	50,3%	50,5%	49,9%	51,1%	51,3%
Pessoas por faixa etária									
menor 1 ano	354	265	153	307	580	292	588	2.538	14.380
1 a 4 anos	1.548	1.180	637	1.343	2.358	1.290	2.407	10.764	60.684
% 1 a 4 anos	5,3%	6,1%	5,5%	8,9%	7,9%	10,0%	9,0%	7,4%	6,3%
5 a 9 anos	1.948	1.486	849	1.619	3.049	1.480	2.824	13.354	75.461
10 a 14 anos	2.031	1.662	1.011	1.652	3.158	1.460	2.727	13.701	82.090
15 a 19 anos	2.458	1.974	1.242	1.597	3.210	1.401	2.791	14.673	90.411
% 10 a 19 anos	15,5%	18,9%	19,6%	21,6%	21,2%	22,2%	20,6%	19,6%	17,8%
20 a 24 anos	2.570	2.027	1.256	1.400	3.135	1.228	2.716	14.331	94.478
25 a 29 anos	2.693	1.621	936	1.411	2.551	1.158	2.626	12.995	85.953
30 a 39 anos	4.833	3.070	1.661	2.651	4.684	2.100	4.430	23.430	160.247
40 a 49 anos	3.672	2.678	1.641	1.621	3.815	1.535	3.071	18.333	130.881
50 a 59 anos	3.237	1.693	1.188	778	1.968	565	1.360	10.819	82.256
60 a 69 anos	2.147	952	544	413	888	264	774	5.982	52.180
70 a 79 anos	1.010	495	274	156	393	87	308	2.722	28.182
80 anos e mais	334	145	109	69	141	35	99	932	11.196
% de 60 anos e mais	12,0%	8,3%	8,1%	4,2%	4,78%	3,0%	4,4%	6,7%	9,5%

Fonte: IBGE. Base de informações por Setor Censitário. Censo Demográfico 2000. Resultados do Universo. Rio de Janeiro 2002

Elaborado na Coordenadoria de Informação em Saúde - DGDO/SMS-Campinas

ANEXO IV-OUTRAS VARIÁVEIS: POPULAÇÃO DA ÁREA DO DISTRITO DE SAÚDE NOROESTE DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, DISTRIBUÍDA PELAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DOS CENTROS DE SAÚDE.

**Censo 2000 - Resultados do Universo
Dados selecionados segundo áreas de abrangência dos centros de saúde do Distrito de Saúde Noroeste - Campinas 2000**

VARIÁVEL	INTEGRAÇÃO	P. AQUINO	PERSEU	IPAUSSUR AMA	VALEÇA	FLORESTA	FLORENÇA	DISTRITO NOROESTE	CAMPINAS
5 anos de idade ou mais, alfabetizadas	25.645	16.220	9.920	11.614	23.721	9.914	20.760	117.795	823.200
% 5 anos de idade ou mais, alfabetizadas	94,5%	91,2%	92,6%	86,9%	87,6%	87,1%	87,1%	89,7%	92,0%
alfabetizados	12.027	7.875	4.904	5.802	11.822	4.883	10.408	57.721	401.494
alfabetizados	95,2%	91,9%	93,6%	87,6%	88,1%	87,6%	87,5%	90,3%	92,5%
alfabetizadas	13.619	8.346	5.016	5.812	11.899	5.031	10.352	60.074	421.707
alfabetizadas	93,9%	90,4%	91,7%	86,2%	87,0%	87,3%	86,7%	89,2%	91,6%
Homens responsáveis por domicílios	6.323	3.922	2.406	2.917	6.159	2.449	5.737	29.913	212.033
% Homens responsáveis por domicílios	70,1%	74,2%	77,2%	79,9%	79,1%	73,9%	81,3%	76,2%	74,8%
Mulheres responsáveis por domicílios	2.694	1.363	711	735	1.632	865	1.318	9.318	71.400
% Mulheres responsáveis por domicílios	29,9%	25,8%	22,8%	20,1%	20,9%	26,1%	18,7%	23,8%	25,2%
10 a 19 anos responsáveis por domicílios	29	24	16	58	48	29	71	275	1.519
% 10 a 19 anos responsáveis por domicílios	0,3%	0,5%	0,5%	1,6%	0,6%	0,9%	1,0%	0,7%	0,5%
Responsáveis por domicílios, alfabetizados	8.694	4.876	2.931	3.343	7.014	3.094	6.363	36.314	267.752
alfabetizados	96,4%	92,3%	94,0%	0%	90,0%	93,4%	90,2%	92,3%	94,5%
alfabetizados	6.195	3.698	2.314	2.649	5.627	2.316	5.247	28.045	202.583
alfabetizados	98,0%	94,3%	96,2%	90,8%	91,4%	94,6%	91,5%	93,8%	95,5%
alfabetizadas	2.499	1.178	617	602	1.387	778	1.116	8.176	65.169
alfabetizadas	92,8%	86,4%	86,7%	81,9%	85,0%	90,0%	84,7%	87,7%	91,3%
instrução/menos de 1 ano	389	453	185	393	727	213	722	3.082	16.605
s/instruções/menos de 1 ano	4,3%	8,6%	5,9%	10,5%	9,3%	6,4%	10,2%	7,8%	5,9%
estudo	2.858	1.711	1.042	1.490	3.004	1.241	2.749	14.094	83.153
estudo	31,7%	32,4%	33,4%	39,7%	38,6%	37,5%	39,0%	35,8%	29,3%
estudo	1.933	1.392	966	1.261	2.760	1.297	2.469	12.077	67.655
estudo	21,4%	26,3%	31,0%	33,6%	35,4%	39,1%	35,0%	30,7%	23,9%
anos de estudo	3.825	1.726	922	617	1.284	559	1.096	10.028	11.440
anos de estudo	42,4%	32,7%	29,6%	16,5%	16,5%	16,9%	15,5%	25,5%	40,7%

Fonte: IBGE. Base de Informações por Setor Censitário. Censo Demográfico 2000. Resultados do Universo. Rio de Janeiro 2002
Elaborado na Coordenadoria de Informação em Saúde - DGDO/SMS - Campinas

ANEXO V-PROFISSIONAIS VINCULADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO DISTRITO DE SAÚDE NOROESTE, POR CATEGORIA PROFISSIONAL.

Agente Comunitário de Saúde=104	Administrativo =15	Agente de Vigilância em Saúde=01
Ajudante Dengue =05	Assistente Social =01	Auxiliar de Enfermagem =149
Auxiliar de Saúde Pública= 03	Atendente de Consultório Dentário=25	Dentista =37
Enfermeiro =31	Farmacêutico =02	Fiscal de Saúde Pública =01
Fonoaudiólogo =01	Médico =81	Médico Veterinário =01
Motorista =06	Vigias =16	Psicólogo =03
Servente =14	Supervisor Dengue =02	Técnico em Higiene Dental=03
Técnico de Enfermagem =05	Terapia Ocupacional =08	Técnico de Vigilância em Saúde=04
Outros Profissionais =06	Total de profissionais do Distrito de saúde Noroeste=524	

* OBS: incluídos trabalhadores do Distrito de Saúde e Coordenadores de Centros de Saúde

Fonte: Setor Administrativo Distrito de Saúde Noroeste-julho 2003

**ANEXO VI-PLANILHA AUXILIAR PARA ESTUDO DA DISTRIBUIÇÃO DOS
ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO PELAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA
DOS CENTROS DE SAÚDE, ÁREAS DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA DO
CS E MICROÁREA DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA.**

ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO - 2002 - DS NOROESTE

PERSEU					
DIAS	CID	ESPECIFICAÇÃO DO CID	SEXO	EQUIPE REF	MICROÁREA
28-364	C 76	neoplasia maligna de outras loc. e loc mal definidas	F		
0	Q 00	anencefalia e malformações similares	M		
INTEGRAÇÃO					
DIAS	CID	ESPECIFICAÇÃO DO CID	SEXO	EQUIPE REF	MICROÁREA
28-364	J 18	pneumonia por microorganismo não especificada	F		
0	P 96	outras afecções originadas no período perinatal	F		
VALENÇA					
DIAS	CID	ESPECIFICAÇÃO DO CID	SEXO	EQUIPE REF	MICROÁREA
28-364	A 41	outras septicemias	F		
28-364	C 22	neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intra-hepát	F		
7-27	P 21	asfixia ao nascer	F		
1-6	Q 24	outras malformações congênitas do coração	F		
28-364	R 99	outras causas mal definidas e as não espec de mortal.	F		
28-364	W 79	inalação/ingestão de alimentos c/ obstr.respirat.	F		
FLORENCE					
DIAS	CID	ESPECIFICAÇÃO DO CID	SEXO	EQUIPE REF	MICROÁREA
7-27	P 23	pneumonia congênita	F		
7-27	P 36	septicemia bacteriana do RN	F		
1-6	P 52	hemorragia intracraniana não traumática do feto e RN	F		
28-364	J 18	pneumonia por microorganismo não especificada	M		
0	P 02	feto e RN afetados p/ compl. placenta/cordão/membr	M		
1-6	P 21	asfixia ao nascer	M		
0	P 22	desconforto respiratório do RN	M		
0	P 28	outras afecções respiratórias orig período perinatal	M		
7-27	P 77	enterocolite necrotizante do feto e RN	M		
0	Q 33	malformações congênitas do pulmão	M		
0	Q 60	agenesia renal e outros defeitos de redução do rim	M		
7-27	Q 90	síndrome de down	M		
FLORESTA					
DIAS	CID	ESPECIFICAÇÃO DO CID	SEXO	EQUIPE REF	MICROÁREA
1-6	P 23	pneumonia congênita	M		
7-27	Q 07	outras manifestações congênitas do sistema nervoso	M		
P.AQUINO					
DIAS	CID	ESPECIFICAÇÃO DO CID	SEXO	EQUIPE REF	MICROÁREA
0	P 21	asfixia ao nascer	F		
28-364	P 21	asfixia ao nascer	F		
0	P 22	desconforto respiratório do RN	M		
1-6	P 36	septicemia bacteriana do RN	M		
7-27	P 96	outras afecções originadas no período perinatal	M		
IPAUSSURAMA					
DIAS	CID	ESPECIFICAÇÃO DO CID	SEXO	EQUIPE REF	MICROÁREA
28-364	G 91	hidrocefalia	F		
1-6	P 22	desconforto respiratório do RN	F		

fonte: Sistema de Informação em Mortalidade/SMS Campinas

**ANEXO VII-INQUÉRITO PARA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS DOMICILIARES NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA.**

**INVESTIGAÇÃO SOBRE ÓBITOS OCORRIDOS NO DOMICÍLIO EM
MORADORES DA ÁREA DO CS INTEGRAÇÃO**

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

DATA NASCIMENTO: __/__/____ DATA DO ÓBITO: __/__/____ IDADE: _____

ENDEREÇO:

Rua: _____ Nº _____ bairro: _____

Hora: _____ Profissão: _____

CAUSA CID 1: _____ CAUSA MORTE 1: _____

CAUSA CID 2: _____ CAUSA MORTE 2: _____

CAUSA CID 3: _____ CAUSA MORTE 3: _____

OUTRAS PATOLOGIAS 1: _____ CID: _____

OUTRAS PATOLOGIAS 2: _____ CID: _____

NA VISITA:

CUIDADOR: _____ IDADE: _____ "PARENTESCO": _____

1. Foi procurado atendimento no momento que precedeu o óbito? Se sim qual?
2. Qual foi a conduta?
3. Se nada foi feito, por que?
4. Avalie o atendimento realizado quando procurou este atendimento:
5. O paciente foi hospitalizado no período que precedeu o óbito? Se sim, onde?
6. Quanto tempo antes do óbito teve a alta?
7. Por que acabou voltando para casa?
8. Alguém acompanhou o óbito? Quem?
9. Quais os sinais que ele apresentou precedendo o óbito?
10. Quem constatou o óbito?
11. Passou por necropsia? Se sim onde? Se não por que?
12. Fazia acompanhamento médico em algum serviço? Se sim onde? Número do prontuário:
13. Como era a regularidade deste acompanhamento?
14. Que patologias eram acompanhadas?
15. Qual era a religião do paciente?
16. Qual era o grau de autonomia do paciente?
17. Observações da visita:
(observação: foi transcrito o inquérito em formato diferente do aplicado)

**ANEXO VIII-INQUÉRITO PARA INVESTIGAÇÃO DE TUBERCULOSE NA
ÁREA DE ABRANGÊNCIA.**

TBC em moradores da ÁREA de ABRANGÊNCIA do CS INTEGRAÇÃO:1998/1999/2000/2001/2002/2003

EQUIPE: _____ SINAN: _____
 NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ EST.CIVIL: _____
 RUA: _____ Nº _____ BAIRRO: _____
 FONE: _____
 INSTRUÇÃO: _____ OCUPAÇÃO: _____
 CESTA?(_____) FOI VISITADO JÁ?(_____) DIAS INICIO TRATAM. E VISITA: _____

NOTIFICANTE: _____ LOC. DIAGNÓSTICO: _____
 INÍCIO DESTE TRATAMENTO: ____/____/____ ANO: _____ ESQUEMA: _____
 FORMA TBC: _____ SE EXTRA-PULMONAR,QUAL? _____
 BACILOSCOPIA: (_____) BACIL. OUTR.MATERIAL? (_____)
 CULTURA ESCARRO: (_____) CULTURA OUT.MATERIAL? (_____)
 RAIOS X: (_____) PPD: (_____) HISTOPATOLOGIA?(_____)
 HIV: (_____) ASSOC.AIDS: (_____)

TEM DOENÇAS ASSOCIADAS? _____ DOENÇA 1: _____
 DOENÇA2: _____ DOENÇA3: _____

POR QUE ESTÁ TRATANDO NO(A).....? _____
 COM QUE FREQUÊNCIA VAI LÁ? _____
 ONDE BUSCA A MEDICAÇÃO QUE ESTÁ USANDO? _____
 TEM FICHA NO CENTRO DE SAÚDE? _____ QUAL Nº? _____
 FOI CONSULTAR NO C.S. POR ESTE MOTIVO ANTES? _____ QUANDO? _____
 FOI AVALIADO(A)? _____ SUSPEITARAM DE TBC? _____
 QUAL FOI A CONDUTA? _____
 HOSPITALIZAÇÃO NESTE TRATAMENTO? (_____) MOTIVO? _____
 TEM COMUNICANTES? _____ QUANTOS? _____ FORAM INVESTIGADOS? _____
 TEMPO DESTE TRATAMENTO (se já acabou?) _____ SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO? _____
 SE ABANDONOU, QUAL O MOTIVO? _____

TEM TRATAMENTO ANTERIOR? (_____) QUAL O ANO? _____
 COMO ENCERROU O TRATAMENTO NA ÉPOCA? _____
 FOI INTERNADO NESTE OUTRO TRATAMENTO DEVIDO TBC? _____

NOME	id	Sintoma Respirat	BK		RAIO X		Observações
			FEZ?	RES:	FEZ?	RES:	

Visitador: _____ data: _____ entrevistado: _____

ANEXO X-INVESTIGAÇÃO DE CITOLOGIAS ONCÓTICAS ALTERADAS.

ACOMPANHAMENTO DE MULHERES COM CITOLOGIAS ALTERADAS

C.S.INTEGRAÇÃO – 2000 / 2001

NOME: _____ ID: _____ FF: _____

RUA: _____ Nº _____ BAIRRO: _____

EQUIPE REF: _____ MÉDICO: _____

DATA COLETA EXAME ALTERADO: ____/____/____ TIPO DE ALTERAÇÃO: _____

HÁ QUANTO TEMPO EXAME ANTERIOR: _____ meses

TEMPO ENTRE A COLETA E ENTREGA DO EXAME: _____ dias

TEMPO ENTRE A COLETA E NOVA COLPOSCOPIA: _____ dias

FOI REALIZADO OUTRO PROCEDIMENTO JUNTO COM COLPOSCOPIA? () SIM () NÃO
SE SIM, QUAL? _____

PACIENTE TEVE SEGUIMENTO NO CS? () SIM () NÃO

QUAL FOI A CONDUTA SEGUINTE? _____

FOI ENCAMINHADA PARA OUTRO SERVIÇO? () SIM () NÃO
SE SIM PARA ONDE? _____

SE ENCAMINHADA, CONSTA ALGO SOBRE O SEU SEGUIMENTO? () SIM () NÃO
SE SIM, O QUE CONSTA? _____

OBSERVAÇÕES: _____

ANEXO XI-ROTEIRO PARA O ESTUDO DE EGRESSOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

ESTUDO SOBRE EGRESSOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO HMCP MORADORES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO C.S. INTEGRAÇÃO – 2001 / 2002

NOME: _____ RUA: _____ Nº _____
BAIRRO: _____ EQ.REFER: _____ DATA INT: ___/___/___ DATA ALTA ___/___/___
CID: _____ DIAGNÓSTICO: _____
SEXO: _____ IDADE: _____ FONE: _____ FICHA CS: _____

- 1) Por que foi internada(o) desta vez? _____
 - 2) Como chegou a esta internação? () entrou pelo P.S. () foi encaminhada do CS
() foi encaminhada do ambulatório PUCC () foi encaminhada do seu médico/convênio () outra forma _____
 - 3) Tinha algum problema de saúde ANTES desta internação? () sim () não
Se sim quais eram estes problemas? _____
 - 4) Acompanhava estes problemas? () sim () não Se sim, onde?
() CS. Qual _____ () convênio () PUCC () outro local _____
 - 5) Consultava com o médico com que frequência? () 1 vez mês () 2 vezes / ano () 1 vez ano
() não tinha regularidade () nunca passava obs: _____
 - 6) Quanto tempo ANTES desta internação havia consultado com médico? _____
onde? _____ especialidade: _____ motivo? _____
 - 7) Consultava com a EQUIPE de enfermagem no CS? () sim () não Se sim onde: _____
 - 7.1) Com que frequência? () 1 vez mês () 2 vezes / ano () 1 vez ano
() não tinha regularidade () nunca passava obs: _____
 - 7.2) Quanto tempo ANTES desta internação havia passado com enfermagem? _____
 - 8) Observou algum fator que possa ter desencadeado sua internação? () sim () não () talvez
O que? _____
 - 9) Esta internação poderia ter sido evitada? () sim () não
Se sim, de que forma? _____
 - 10) Na ALTA do Hospital saiu informada(o) sobre a(s) doenças que tem? () sim () não () mais ou menos
 - 11) Na ALTA saiu com LAUDO / RELATÓRIO sobre sua saúde atual? () sim () não () só receita
 - 12) Nesta internação soube de problemas NOVOS em relação à sua saúde? () sim () não
Se SIM quais estes problemas? _____
 - 13) Foi orientado a procurar algum serviço de saúde após a alta? () sim () não
Se sim, qual? _____
 - 14) O Sr(a) procurou algum serviço de saúde? () sim () não Qual? _____
 - 15) Como foi atendido lá? _____
 - 16) Teve OUTRAS internações anteriores? () sim () não () não lembra
Se SIM, lembra o ano? _____ Qual o motivo? _____
 - 18) O que o Sr(a) acha de ser atendida(o) pela equipe do Centro de Saúde, logo após a sua alta hospitalar? _____
 - 19) Como foi atendida(o) durante a internação? _____
- OBSERVAÇÕES SOBRE A VISITA: _____ DATA DA VISITA: ___/___/___

ANEXO XII-INQUÉRITO PARA ESTUDO DA DEMANDA – “DO PORTÃO À RECEPÇÃO” – C.S.

P.AQUINO – 2003

DIA DA SEMANA: _____ **PERÍODO:** () 7 às 11 () 11 às 15 () 15 às 19

QUAL O MOTIVO QUE LHE TROUXE HOJE NO CENTRO DE SAÚDE?	
1	IDADE
2	QUEIXA DO DIA
3	TEM CONSULTA AGENDADA
4	AGENDAR CONSULTA
5	AGENDAR RETORNO
6	PROCEDIMENTOS
	ATESTADO TRANSURC
	ATESTADO ADMISSIONAL
	ATESTADO PERÍCIA DO INSS
	MATERIAL PARA CURATIVO
	AGENDAR VISITA DOMICILIAR
	RENOVAR RECEITA
	AGENDAR ESPECIALIDADE
	VER SE EXAME CHEGOU
	OUTROS MOTIVOS
	CASO FOI RESOLVIDO? SIM ou NÃO
	BAIRRO ONDE MORA?
	BAIRRO ONDE TRABALHA?

OBS: As perguntas deverão ser respondidas na fila da recepção